MEMORANDUM
OVER EEN GLOBAAL VLAAMS ALCOHOL- EN DRUGBELEID[1]

Wij vragen aandacht voor de alcohol- en andere drugproblematiek in het Vlaams regeerakkoord.

Met alle betrokkenen bij de alcohol- en andere drugproblematiek werkten we een memorandum uit voor een globaal Vlaams alcohol- en drugbeleid. Voor elk departement (gezondheid, welzijn, onderwijs, sport, jeugd, tewerkstelling, vrijetijd, gemeentelijk beleid, …) formuleren we concrete beleidsaanbevelingen op basis van de ervaringen en de noden van de alcohol- en drugsector.

Het memorandum bestaat uit twee grote delen: (1) **preventie** | (2) **vroeginterventie en hulpverlening**

DOSSIER BIJ MEMORANDUM

[1] Met alcohol- en andere drugs bedoelen we alcohol, psychoactieve geneesmiddelen, illegale drugs en gokken.



Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen
Vanderlindenstraat 15
1030 Brussel
Tel: 02 423 03 33 – Fax 02 423 03 34
Email : vad@vad.be - website : www.vad.be

INHOUDSTAFEL

(0) SITUERING VAN EEN GLOBAAL ALCOHOL- EN DRUGBELEID

De laatste dertig jaar is heel wat onderzoek verricht naar de ontstaansfactoren van alcohol- en drugmisbruik (Jessor&Jessor, 1977, Akers et al., 1979, Kandel, 1985, Perry&Murray, 1988). Hieruit komt duidelijk naar voren dat de alcohol- en drugproblematiek een zeer complexe en multifactoriële problematiek is, waarvoor geen eenvoudige preventie- noch behandelingsmodellen voorhanden zijn. Een effectief en efficiënt alcohol- en drugbeleid is een beleid op maat, waarbij ruimte is om te diversifiëren naar verschillende doelgroepen en concrete oplossingen worden geboden voor zeer verscheiden noden en problemen.

Met betrekking tot alle drugs (alcohol, cannabis en andere illegale drugs, psychoactieve medicatie en gokken) is er nood aan een globaal beleid, vertrekkende vanuit een welzijns- en gezondheidsperspectief. We maken geen onderscheid tussen legale of illegale drugs. Een gezondheidsgerichte invalshoek rechtvaardigt het opheffen van dit onderscheid: of het middel nu legaal of illegaal is, de problemen van medisch-fysieke, psychische, sociale en maatschappelijke aard die door gebruik kunnen ontstaan, zijn gelijkaardig. Ook al is de publieke opinie vooral gevoelig voor de illegaledrugproblematiek, toch dient er evenwichtige aandacht besteed te worden aan alcohol en andere drugs.

Een welzijnsbevorderend beleid vormt de fundamentele basis van een globaal alcohol- en drugbeleid. Een welzijnsbevorderend beleid biedt kansen, vermijdt omstandigheden die aanleiding kunnen geven tot problematisch gebruik (zoals maatschappelijke uitsluiting, kansarmoede, werkloosheid,...) en gaat sociale uitsluiting (in onderwijs, tewerkstelling, vrijetijd, jeugdwerk, sportsector, ...) tegen. Dit vormt de algemene basis voor het specifieke alcohol- en drugbeleid.

De bevoegdheden van de Vlaamse Gemeenschap met betrekking tot preventie staan buiten kijf.
Gezien de keuze voor preventie als belangrijkste prioriteit binnen een globaal alcohol- en drugbeleid dienen op dit vlak de grootste inspanningen te gebeuren.
Vroeginterventie en hulpverlening zijn gediversifieerd en gespreid over federale en Vlaamse bevoegdheden.

Samenwerking en afstemming zijn hier van fundamenteel belang. Ook al is wetgeving een federale bevoegdheid, een (on)duidelijke wetgeving (of communicatie hierover) heeft belangrijke repercussies voor preventie. Overleg en gemeenschappelijke afspraken hierover zijn essentieel. Ook Europese regelgeving heeft belangrijke gevolgen voor het Vlaams preventiebeleid. Een Europese en internationale verankering van het Vlaamse beleid is nodig.

Wat is hiervoor nodig?

1. België heeft nood aan een globaal alcohol- en drugbeleid en hiervoor zijn de operationalisering van de Algemene Cel Drugs en de continuering van de Cel Gezondheidsbeleid Drugs noodzakelijk.

2. Vlaanderen moet zich duidelijker op het Europese en internationale niveau profileren.

3. Overheveling van federale middelen voor preventie naar de Vlaamse gemeenschap, zodat de beschikbare middelen op een coherente en efficiënte manier kunnen worden aangewend.

1. Operationalisering van de Algemene Cel Drugs en van de Cel Gezondheidsbeleid Drugs

België heeft nood aan een globaal alcohol- en drugbeleid en hiervoor zijn de operationalisering van de Algemene Cel Drugs en de continuering van de Cel Gezondheidsbeleid Drugs noodzakelijk. De beide cellen hebben tot doel om afstemming te realiseren tussen de verschillende beleidsdepartementen en beleidsniveaus. De Vlaamse regering moet op de operationalisering van beide cellen aandringen en garanderen dat naast de overheid ook het werkveld in deze cellen vertegenwoordigd zijn.
De afwezigheid van een Vlaamse alcohol- en drugnota verzwakt de positie van Vlaanderen op federaal en internationaal overleg. De Vlaamse Gemeenschap heeft heel wat bevoegdheden op dit terrein, zowel op het vlak van preventie, als van vroeginterventie, hulpverlening en harm reduction. Een Vlaamse alcohol- en drugnota geeft de nodige ruggesteun aan de Vlaamse vertegenwoordigers in de Belgische Cellen en internationale fora en maakt het mogelijk om een offensief beleid te voeren, zeker op de terreinen waarvoor Vlaanderen bevoegd is.

Wat moet de Vlaamse minister van Gezondheid doen?

❒ Een aantal knelpunten op het agenda van de Cellen plaatsen die de Vlaamse bevoegdheid overstijgen:

- Uitwerken van wetgeving op het vlak van alcoholreclame in het algemeen en in specifieke domeinen zoals bijvoorbeeld de sport

- Uitwerken van regelgeving (wetgeving, controle op naleving, structurele maatregelen) voor het gokken op internet (internetkansspelen)

- Wijziging van de wetgeving op de kansspelen (bijvoorbeeld uitbreiding van het aantal of wijzigingen soorten kansspelen op cafés) toetsen op hun effecten op het vlak van risico's voor gokproblemen en op het vlak van bescherming van de spelers

- Duidelijke opdracht naar politie op een efficiëntere controle op kansspelen in drankgelegenheden en speelautomatenhallen (bijvoorbeeld controle op leeftijd spelers);

- Uitwerken van protocollen die het hanteren van beroepsgeheim binnen intersectorale samenwerking mogelijk maken

- Uitwerken van een geïntegreerd penitentiair drugbeleid met afstemming van federale en gemeenschapsinitiatieven

- Tot stand brengen van samenwerkingsafspraken en afstemming tussen netwerken en zorgcircuits zodat dubbel werk wordt weggewerkt

- Afstemming verzorgen tussen tewerkstellingsinitiatieven en activeringsprojecten van de federale ministers van Gezondheid en maatschappelijke integratie en de gemeenschapsminister van Tewerkstelling

- Herzien van de verstrengde voorwaarden op het leefloon die voor de doelgroep met problematisch middelengebruik onhaalbaar zijn; doordat ze hun leefloon dreigen te verliezen, wordt de (re)integratie van deze groep gehypothekeerd.

❒ Elke minister die een preventief of curatief initiatief lanceert dient het advies in te winnen van de Algemene Cel Drugs en/of de Cel Gezondheidsbeleid Drugs.

2. Internationale profilering

Internationale vragen over het alcohol- en drugbeleid, over participatie aan Europese en internationale projecten of vragen naar vertegenwoordigingen op internationale fora, blijven nog steeds op een federaal niveau hangen, ook voor de deelaspecten (bijvoorbeeld preventie) waarvoor Vlaanderen exclusief bevoegd is. Op basis van de bevoegdheidsverdeling moeten er bindende afspraken worden gemaakt tussen de Vlaamse en de federale overheid met betrekking tot deze internationale vertegenwoordiging en daarnaast moeten de Algemene Cel Drugs en de Cel Gezondheidsbeleid Drugs instaan voor afstemming en uitwisseling tussen de beleidsniveaus.

Wat moet de Vlaamse regering doen?

❒ Bindende afspraken maken met de federale overheid met betrekking tot Europese en internationale informatiedoorstroming en betrokkenheid.

3. Coherente inzet van beschikbare middelen

Momenteel wordt het werkveld geconfronteerd met een versnippering van middelen en mensen die worden ingezet in de aanpak van alcohol- en andere drugproblemen. Naast structurele financiering worden nog heel wat projecten ingezet voor preventie en hulpverlening vanuit de veiligheids- en preventiecontracten van het ministerie van Binnenlandse Zaken en in het kader van de Gerechtelijke Alternatieve Maatregelen (GAM) van het ministerie van Justitie. Het uitgangspunt en de finaliteit van deze projecten (criminaliteitspreventie) is niet steeds in overeenstemming met het gezondheids- en welzijnsperspectief, van waaruit het Belgisch en Vlaams drugbeleid vertrekt. Vanuit het werkveld pleiten we voor een overheveling van deze federale middelen naar de Vlaamse gemeenschap, zodat alle beschikbare middelen op een coherente en efficiënte manier kunnen worden aangewend. Indien overheveling politiek of technisch niet haalbaar is, pleiten we voor overheveling naar een lokaal niveau (grootstedenbeleid) met duidelijke vastlegging van de gezondheidsdoelstellingen, waarmee deze projecten reeds jarenlang aan het werk zijn.
Een effectief en efficiënt alcohol- en drugbeleid heeft nood aan een tweesporenbeleid, waarbij enerzijds geïnvesteerd wordt in een structurele organisatie van preventie, vroeginterventie en hulpverlening, en waar anderzijds ruimte is voor conceptontwikkeling en innoverende projecten die inspelen op nieuwe trends, lokale noden en vragen van de doelgroep. Voor dit laatste is een flexibele financiering nodig. Na een eerste testfase van deze concepten en pilootprojecten dient een evaluatie te gebeuren. Bij positieve evaluatie dienen ze vertaald te worden in een structurele financiering, waardoor preventiewerkers, straathoekwerkers en hulpverleners een degelijk statuut kunnen verwerven en waardoor ten volle geïnvesteerd kan worden in deskundigheidsbevordering van de sector.

Wat moet de Vlaamse regering doen?

- ❒ Veilig stellen van de middelen die in het kader van veiligheid en justitie op gezondheidsvlak worden ingezet.
- ❒ Er is nood aan een flexibele financiering die via pilootprojecten inspeelt op nieuwe noden en trends en na positieve evaluatie in een structurele financiering wordt vertaald.

(1) PREVENTIE

Alcohol en andere drugs zijn van alle tijden. Problemen ontstaan als gevolg van zeer veel verschillende factoren: de aanwezigheid van de producten, onvoldoende of onvolledige informatie, persoonlijke en maatschappelijke problemen zoals pestgedrag, faalangst, economische en maatschappelijke uitsluiting, racisme..., culturele factoren zoals de tijdsgeest waarin prestaties, kicks en uithouding zeer belangrijk zijn, enzovoort. Bij preventie van alcohol- en drugproblemen moeten we op al deze factoren kunnen inwerken.

Met preventie van alcohol- en andere drugproblemen beogen we om vanuit een gezondheids- en welzijnsperspectief individu én samenleving deskundiger te maken in het omgaan met alcohol en andere drugs en het gebruik ervan. Afhankelijk van het product, de omstandigheden, de leeftijd en andere kenmerken van de gebruiker worden de doelstellingen als volgt gedifferentieerd:

- ❒ Aanmoedigen van niet-gebruik: alcohol- en ander druggebruik mag nooit de norm zijn; er zijn diverse situaties en omstandigheden waarin niet-gebruik de enige veilige en gezonde keuze is (verkeer, werk, zwangerschap, …); ook leeftijd en andere aanwezige risicofactoren (bijvoorbeeld gezondheidsaspecten) zijn hier bepalend
- ❒ Uitstellen van experimenteergedrag: hoe jonger men met verschillende vormen van alcohol- en druggebruik gaat experimenteren, hoe groter de kans op later probleemgebruik; preventie-initiatieven naar jongeren moeten ook gericht zijn op het uitstellen van de beginleeftijd
- ❒ Verantwoord omgaan met gebruik: ondersteunen van bewust en verantwoord gedrag op basis van correcte informatie en persoonlijke en sociale vaardigheden (weerbaarheid)
- ❒ Vroegtijdig ingrijpen: hoe sneller problemen worden gedetecteerd, hoe groter de kans op herstel
- ❒ Schade beperken: dit kan variëren van het beperken van de risico's, structurele interventies tot maatregelen op het niveau van persoonlijk en maatschappelijk functioneren

Omgaan met alcohol- en ander druggebruik houdt ook in dat de thematiek bespreekbaar is en dat mensen genuanceerd leren denken over alcohol- en ander druggebruik en op een deskundige manier met dit gebruik in hun omgeving en in de samenleving kunnen omgaan (pro-actief en reactief).

Wat is hiervoor nodig?

4. Een duidelijk preventiebeleid vanuit de Vlaamse overheid met voldoende financiële middelen op lange termijn

5. Een categorale coördinatiestructuur op Vlaams, provinciaal en regionaal niveau ter ondersteuning van maatschappelijke sectoren en sleutelfiguren

6. Een lokaal alcohol- en drugbeleid (ondersteund door de lokale overheid) waarin verschillende initiatieven op elkaar worden afgestemd en waarin men met een coherente aanpak naar de lokale bevolking toe werkt

7. Een inclusief beleid met participatie vanuit alle maatschappelijke sectoren (onderwijs, jeugdwerk, sportsector, vrijetijdssector, arbeidssector,…)

8. Een beleid op maat van de verschillende doelgroepen, met specifieke aandacht voor bijzonder kwetsbare groepen in de samenleving

9. Harm reduction

4. Een duidelijk preventiebeleid met voldoende financiële middelen

Een Vlaamse alcohol- en drugnota (zie infra) moet in de eerste plaats aandacht geven aan preventie. De Vlaamse Gemeenschap heeft een exclusieve bevoegdheid voor preventie en het werkveld heeft nood aan een duidelijke visie en een structureel kader waarbinnen een beleid op lange termijn wordt uitgetekend.

Een Vlaamse alcohol- en drugnota moet vertrekken van een probleemanalyse, een duidelijke visie en uitgangspunten, op basis waarvan haalbare doelstellingen worden geformuleerd. Er is nood aan een langetermijnsplan, waarin prioriteiten worden aangegeven en waarin progressief gewerkt wordt aan de doelstellingen van het Vlaams alcohol- en drugbeleid.
In eerste instantie moet worden geïnvesteerd in structurele maatregelen (een categoriale preventiestructuur en voorwaardenscheppende beleidsmaatregelen – zie verder), aangevuld met middelen voor innoverende projecten. Een Vlaams alcohol- en drugbeleid moet vanzelfsprekend de nodige flexibiliteit vertonen om te kunnen inspelen op nieuwe noden, die eigen zijn aan deze trendgevoelige problematiek. De Vlaamse alcohol- en drugnota moet een kader aanreiken voor het werkveld, waardoor het mogelijk wordt om structurele afstemming en samenwerking te voorzien met de provinciale en lokale beleidsniveaus.

De Vlaamse alcohol- en drugnota mag niet enkel de nota zijn van de minister van Gezondheid, maar moet gedragen worden door de ganse Vlaamse regering. Voor de realisatie van de alcohol- en drugnota zijn voldoende financiële middelen nodig, die structureel in de begroting van de Vlaamse overheid moeten worden ingeschreven.

Wat moet de Vlaamse Regering doen?

❒ Een Vlaamse alcohol- en drugnota uitwerken

❒ Structureel in de begroting inschrijven van voldoende financiële middelen

5. Een specifieke alcohol- en drug (categoriale) preventiestructuur

Om de doelstellingen van een globaal alcohol- en drugpreventiebeleid te realiseren moet op 2 niveaus worden gewerkt:

- De ontwikkeling van een inclusief alcohol- en drugbeleid in alle maatschappelijke sectoren via sleutelfiguren en intermediairen

- De ontwikkeling en toepassing van zeer gerichte en specifieke programma's voor prioritaire doel- en risicogroepen.

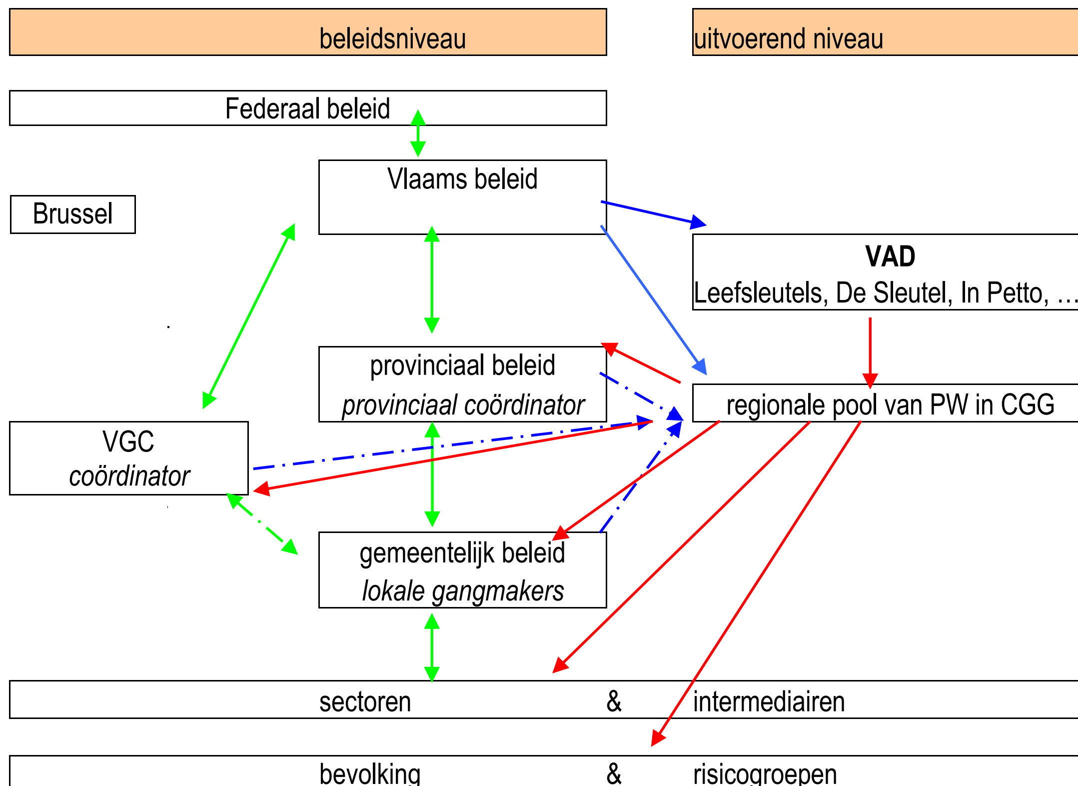
Om beide pistes te initiëren, te ondersteunen en te begeleiden in hun uitvoering is de verdere uitbouw en versterking van een specifieke alcohol- en drugpreventiestructuur nodig.
Deze gespecialiseerde alcohol- en drugpreventiewerking zorgt voor objectieve informatieverstrekking, degelijk uitgewerkte en uitgeteste concepten, een aangepast vormingsaanbod, begeleiding bij de ontwikkeling en implementatie van een alcohol- en drugbeleid, bijsturing en evaluatie. Ook afstemming en coördinatie behoren tot de opdrachten. Deze gespecialiseerde preventiewerking moet tevens instaan voor onderzoek naar nieuwe trends, ontwikkelingen en signalen, deze vertalen naar de praktijk en samen met de intermediairen en sleutelfiguren een antwoord formuleren op de noden die hieruit voortvloeien.

Deze specifieke alcohol- en drugpreventiestructuur werkt daarenboven samen met aanverwante sectoren, zoals de sector van de gezondheidsbevordering (VIG, LOGO) en de welzijnssector.

Hoe moet deze preventiestructuur eruit zien?

De preventiestructuur kent een beleidsniveau en een uitvoerend niveau (zie schema 1). Het beleidsniveau is er nodig voor de afstemming en coördinatie, het uitvoerend niveau zorgt voor ondersteuning van sleutelfiguren in de maatschappelijke sectoren en voor de werking naar specifieke doelgroepen en risicogroepen. De Vlaamse regering moet prioritair investeren in de realisatie van het uitvoerend niveau.

Schema 1: de categoriale preventiestructuur[1]



Uitvoerend niveau

Op het uitvoerend niveau ligt de nadruk op <u>regionale</u> pools van A&D-preventiewerkers, verbonden aan de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg[2]. De CGG met A&D-preventiewerker (2 per provincie) hebben een uitbreiding nodig op basis van 1 preventiewerker per 100.000 inwoners[3]. Voor Vlaanderen zijn er 60 A&D-preventiewerkers

[1] betekenis pijlen: blauwe pijl: financiering; groene pijl: beleidsafstemming; rode pijl: ondersteuning;

[2] De <u>keuze voor de CGG</u> is enerzijds gebaseerd op de huidige situatie waarbij 10 CGG in Vlaanderen sinds 1988 ervaring en expertise op het vlak van preventie hebben opgebouwd en als dusdanig worden herkend en erkend door de sleutelfiguren in de maatschappelijke sectoren. Tevens berust deze keuze op de eigenheid van de problematiek waarbij de aanpak van preventie, vroeginterventie, hulpverlening zich op een continuüm situeren waarbij geen duidelijke scheidingslijn te trekken valt tussen de verschillende interventies. De inbedding in CGG maakt het mogelijk dat duo's worden gevormd (preventiewerker en hulpverlener) voor zowel vorming als begeleiding van kwetsbare groepen als voor vroeginterventie. Preventiewerkers verwerven, door hun inbedding in de CGG, expertise én geloofwaardigheid.

[3] <u>Inwonersverdeling in het Vlaams Gewest op 01.07.03</u>

provincie Antwerpen:	1.664.859 inwoners (16.5 preventiewerkers)
provincie Limburg:	803.892 inwoners (8 preventiewerkers)
provincie Oost-Vlaanderen:	1.371.501 inwoners (13.5 preventiewerkers)
provincie Vlaams-Brabant:	1.028.831 inwoners (10.5 preventiewerkers)
provincie West-Vlaanderen:	1.134.268 inwoners (11.5 preventiewerkers)
Brussels Hoofdstedelijk Gewest:	997.126 inw/300.000 Vlamingen (3 preventiewerkers)

nodig, aangevuld met 3 A&D-preventiewerkers voor Brussel. Deze 63 FTE A&D-preventiewerkers[4] worden ingezet voor de realisatie van het Vlaams, provinciaal en lokaal drugbeleid. Provincies en gemeenten kunnen de regionale pools versterken (aanvullende of intergemeentelijke preventiewerkers, co-financiering). Daarnaast kunnen ze middelen voorzien voor ondersteuning van provinciale en lokale initiatieven.
Dit voorstel creëert duidelijkheid (één aanspreekpunt per regio[5]), waarbij elke gemeente een beroep kan doen op 'zijn of haar' A&D-preventiewerker uit de pool. Het integreren van een pool binnen de CGG heeft als voordelen dat zij zich als preventieteam kunnen organiseren, zich kunnen specialiseren (bv. in het werken naar een bepaalde sector[6]) en dat er binnen dit team ruimte is voor coaching. Dit bevordert de kwaliteit van het preventiewerk en zorgt ook voor continuïteit in de werking. De inbedding in een CGG met een specifieke werking op het vlak van alcohol en drugs biedt tevens heel wat voordelen, op het vlak van uitwisseling van kennis en ervaringen, op het vlak van signalering, doorverwijzing en op het vlak van ondersteuning en consult van eerstelijnsdiensten (zie schema 2 – matrix).

Schema 2: voorbeeld van een werkstructuur regionale pool van A&D-preventiewerkers[7]

regio / sectoren	subregio 1	subregio 2	subregio 3	subregio 4	subregio 5	subregio 6
lokaal A&D-beleid	X1	X2	X3	X4	X5	X6
onderwijs	X1	X1	X1	X1	X1	X1
arbeid	X2	X2	X2	X2	X2	X2
vrijetijd	X3	X3	X3	X3	X3	X3
welzijn	X4	X4	X4	X4	X4	X4
specifieke groepen[8]	X5 Y,Z	X5 Y,Z	X5 Y,Z	X5 Y,Z	X5 Y,Z	X5 Y,Z
coördinatie			X6			

Op Vlaams niveau staat VAD, in samenwerking met andere organisaties[9], in voor afstemming, coördinatie en ondersteuning (o.a. door middel van vorming, conceptontwikkeling, onderzoek, en informatieverstrekking en

[4] 63 FTE, waarvan er nu reeds een 20-tal (niet FTE) aan de slag zijn in de CGG.

[5] Regio: de spreiding van de 10 CGG zorgt voor een regionale bediening van de ganse Vlaamse Gemeenschap. Met uitzondering van Limburg, waar één CGG de ganse provincie bediend. Elke regio wordt onderverdeeld in subregio's; die kunnen op verschillende manieren gevormd worden: een centrumstad of –gemeente met de daarrond liggende gemeenten, een grotere stad of een cluster van een aantal kleinere gemeenten. Voor een grootstad zullen dan weer andere omschrijvingen nodig zijn, alsook voor Brussel

[6] Sectoren: elke subregio krijgt één van de A&D-preventiewerkers in de pool toegewezen. Deze preventiewerker richt zich voor een deel van zijn of haar tijd op de ondersteuning van het lokaal A&D-beleid en is de aanspreekpersoon voor de lokale voortrekker in de gemeente.
Daarnaast specialiseert elke A&D-preventiewerker uit de pool zich op het terrein van één of meerdere sectoren (onderwijs, arbeid, vrijetijd, welzijn, specifieke doelgroepen). Voor de specifieke ondersteuning van elke sector kan dan door iedereen uit de regio beroep gedaan worden op deze 'gespecialiseerde' preventiewerker.
In het takenpakket van één van de A&D-preventiewerkers van de pool moet afstemming en coördinatie worden opgenomen.

[7] Elke pool moet voldoende vrijheid hebben om de organisatie van de werking te organiseren. Essentieel is de garantie voor een volledige dekking van de Vlaamse gemeenschap qua regio en sectoren.

[8] Op het niveau van de specifieke doelgroepen hebben niet alleen de preventiewerkers uit de pool, maar ook andere actoren (Y,Z) een belangrijke inbreng. Zowel de gezondheids- en welzijnssector, die in contact komen met deze specifieke doelgroepen, als de ambulante drughulpverlening (ambulante centra, dagcentra, Medisch Sociale Opvangcentra) kunnen, gezien hun contacten en expertise in het werken met risicogroepen en vroeginterventie, naar deze specifieke doelgroepen een belangrijke bijdrage te leveren als organisaties met terreinwerking (cf. preventiedecreet). Afstemming met en coördinatie vanuit de regionale pool is noodzakelijk.

sensibilisering). De werking van VAD wordt vastgelegd in een meerjarig beleidsplan, dat de basis vormt van een convenant tussen de Vlaamse overheid en VAD. Daarnaast wordt ondersteuning voorzien voor specifieke opdrachten en/of specifieke projecten (zie verder).

Beleidsniveau

Alle Vlaamse steden en gemeenten krijgen een bepaalde A&D-preventiewerker uit de regionale pool toegewezen voor hun stad of gemeente (een preventiewerker per centrumstad met omliggende gemeenten of intergemeentelijk samenwerkingsverband) die als aanspreekpersoon fungeert. In elke stad of gemeente wordt een gangmaker[10] van het lokaal alcohol- en drugbeleid benoemd (preventieambtenaar, preventiewerker BiZa, jeugdconsulent, voorzitter gezondheidsraad, …). In de grootsteden werkt men nu al met een preventiecoördinator. Deze gangmaker kan naargelang van de lokale situatie verschillend zijn, maar heeft wel een gemeenschappelijk functieprofiel. Hij of zij is de lokale partner van de gespecialiseerde A&D-preventiewerker in de regionale pool en de verbinding tussen de preventiewerker en het lokale beleid.

In elke provincie blijft de provinciale coördinator de aangewezen contactpersoon tussen het beleidsniveau (lokaal/provinciaal) en de regionale A&D-preventiewerkers (uitvoerend niveau). Tevens staat hij/zij in voor de afstemming en coördinatie tussen de diverse gemeentelijke alcohol- en drugbeleidsplannen en het provinciale beleidsplan en brengt hij/zij de lokale gangmakers en de A&D-preventiewerkers uit de pools in hun provincie samen.

De Vlaamse overheid kan beroep doen op VAD en haar samenwerkingspartners voor adviezen, beleidsvoorbereiding en –uitvoering.

Afstemming

De samenwerking en afstemming tussen de verschillende overheden (Vlaams, provincie, steden en gemeenten) wordt geregeld via duidelijke afspraken, zoals die in het Vlaams preventiedecreet[11] zijn voorzien.
De samenwerking en afstemming tussen het uitvoerend niveau wordt geregeld met samenwerkingsprotocollen, zoals die nu al tussen VAD en de CGG zijn afgesloten. De samenwerking tussen het beleids- en uitvoerend niveau is geregeld in convenanten die de overheden afsluiten met de respectieve CGG, met VAD en met andere organisaties. Hierin wordt gespecifieerd hoe de registratie (op basis van Ginger) en rapportering zal verlopen.

---

[9] Andere organisaties die actief zijn rond een bepaald deelaspect (bv. psycho-actieve medicatie), binnen een bepaalde sector (bv. onderwijs) of met een specifieke methodiek (bv. jeugdadviseurs).

[10] Profiel van lokale gangmaker: de functie van een lokale gangmaker moet op maat van elke gemeente bekeken worden. Tot zijn of har taken behoren: opzetten en opvolgen van lokaal overleg op het vlak van alcohol en drugs en bewaken van het thema in beleidsnota's en initiatieven van belendende sectoren (vb. welzijnssector), doorgeefluik naar vertegenwoordigers uit maatschappelijke sectoren, signaalfunctie naar lokaal en provinciaal beleid, samenwerking met regionale preventiewerkers, … . Een lokale gangmaker moet naast een goede taakomschrijving over voldoende mandaat en tijd kunnen beschikken om die functie waar te maken.

[11] Preventiedecreet over samenwerking tussen verschillende beleidsechelons:
preventiedecreet: Vlaamse regering maakt afspraken met andere betrokken besturen (gemeente, provincie, VGC) met betrekking tot mogelijke samenwerking rond en/of mogelijke delegatie van bepaalde opdrachten en verantwoordelijkheden met het oog op het ten uitvoer brengen van de gezondheidsdoelstellingen; mogelijke coördinatie van het facettenbeleid op het niveau van de besturen.
memorie van toelichting: De toepassing van het subsidiariteitsbeginsel zet de Vlaamse overheid ertoe aan om decretale mogelijkheden in te bouwen voor de organisatie van bepaalde aspecten van de preventieve gezondheidszorg op een meer gedecentraliseerd niveau dan het Vlaamse niveau. In de context van de huidige bestuurlijke organisatie wil dit zeggen dat alleszins de mogelijkheid moet bestaan om afspraken te maken met de provinciebesturen, de VGC en de gemeentebesturen om bepaalde opdrachten en verantwoordelijkheden inzake de organisatie van de preventieve gezondheidszorg en het ten uitvoer brengen van preventiemaatregelen te kunnen delegeren.
Op dit ogenblik is het kerntakendebat nog volop aan de gang en kunnen er moeilijk uitgewerkte voorstellen geformuleerd worden, maar de opening wordt alleszins gecreëerd.

Afstemming, coördinatie en ondersteuning op het uitvoerend niveau

In de categoriale preventiestructuur is er op het uitvoerende niveau, naast de investering in een regionale pool van A&D-preventiewerkers, nood aan inhoudelijke en structurele ondersteuning en afstemming op een Vlaams niveau. De Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD) staat als partnerorganisatie in voor deze globale afstemming, samen met ander organisaties die actief zijn rond een bepaald deelaspect in een bepaalde sector of met een bepaalde methodiek.

Er zijn al heel wat initiatieven, concepten met bijhorende materialen en vormingen ontwikkeld en in gebruik. De verdere implementatie en ondersteuning én garantie voor continuïteit in de bestaande werking, vormen een eerste prioriteit. De bestaande initiatieven dienen regelmatig te worden geactualiseerd en er moet tevens ruimte zijn voor het inspelen op nieuwe noden en trends.

Naast diverse overheidsmaatregelen per sector (zie verder) zijn er initiatieven nodig die de realisatie van het beleid ondersteunen. Deze initiatieven worden gedragen door de categoriale preventiestructuur en situeren zich zowel op het Vlaamse als provinciale en lokale niveau. Deze initiatieven situeren zich op volgende terreinen:

❐ **Netwerken**
- → afstemming en overleg binnen categoriale preventiestructuur (op verschillende niveaus: Vlaams, provinciaal, regionaal, lokaal)
- → stimuleren van lokale netwerken in het kader van een lokaal alcohol- en drugbeleid (met participatie van alle sectoren)
- → opzetten van netwerken met maatschappelijke sectoren (niveau van koepels, vertegenwoordigers, organisatoren, … en op lokaal niveau)
- → netwerken tussen preventie en hulpverlening

❐ **Conceptontwikkeling**
- → nieuwe thema's (bijv. elektronische verslaving, gokken)
- → nieuwe trends en tendensen (eigen aan de thematiek)
- → nieuwe methodieken en werkvormen

❐ **Informatie en Sensibilisering**
- → objectieve informatieverstrekking over het thema naar de Vlaamse bevolking, de overheid en de media
- → ontwikkelen en implementeren van sensibiliserende campagnes om het thema of deelaspecten ervan onder de aandacht te brengen
- → de DrugLijn als informatiekanaal voor iedereen die vragen heeft over drank, drugs, pillen en gokken

❐ **Vorming**
- → vormingsaanbod voor preventiewerkers in de categoriale preventiestructuur
- → ontwikkelen van vormingen voor intermediairen en sleutelfiguren + train de trainer opleidingen naar implementatie
- → vormingsprogramma's voor toekomstige intermediairen in hun basisopleiding

❐ **Onderzoek**
- → gegevensverzameling (Ginger)
- → onderzoek naar druggebruik: continuering van bestaand onderzoek, aangevuld naar andere subgroepen in de populatie
- → effectiviteitsonderzoek
- → vertalen van onderzoeksresultaten naar praktijk

❐ **Implementatie**
- → ondersteunen van implementatie van concepten, informatieverstrekking, sensibilisering, vormingsaanbod, onderzoeksresultaten

Wat moet de Vlaamse Regering doen?

- ❒ Versterken en verder uitbouwen van een alcohol- en drugspecifieke preventiestructuur en hiertoe de nodige mandaten en financiële middelen voorzien voor:
  - → loon en werkingskosten (+ indexering en anciënniteitsopbouw voorzien) van 63 A&D-preventiewerkers[12]
  - → convenant met VAD als partnerorganisatie en met organisaties met terreinwerking
  - → aanvullende projectfinanciering (pilootprojecten, conceptontwikkeling, …)

- ❒ Afsluiten van samenwerkingsprotocols met provincies en steden en gemeenten om tot een afgestemd preventiebeleid te komen in Vlaanderen

[12] Optrekken van het huidige aantal A&D-preventiewerkers tot 63 FTE. Het spreekt voor zich dat de nodige middelen op het preventiebudget moeten worden vastgelegd en niet ten koste mogen zijn van de middelen die voor hulpverlening (CGG-werking) zijn bestemd.

6. Een lokaal alcohol- en drugbeleid

Uitgangspunt

Naast het uitwerken van een inclusief alcohol- en drugbeleid in elke maatschappelijke sector afzonderlijk (zie verder) zijn afstemming en samenwerking op lokaal vlak tussen deze sectoren nodig (intersectoraal werken). Dit kan vorm krijgen in een lokaal alcohol- en drugbeleid. Het lokale alcohol- en drugbeleid moet worden ondersteund door de lokale overheid en heeft een specifieke lokale voortrekker nodig.

Hoe een lokaal alcohol- en drugbeleid er concreet uitziet, verschilt van gemeente tot gemeente, van stad tot stad. Dit is afhankelijk van plaatselijke noden, structuren, aanbod van preventie en hulpverlening,... De lokale partners moeten zelf vorm geven aan een beleid 'op maat'. Het lokale niveau, als het meest nabije bestuursniveau, is hiervoor uitermate geschikt. Wat op het lokale niveau gebeurt is overzichtelijker en mensen voelen zich meer betrokken bij wat zich dicht bij huis afspeelt. Lokale invulling betekent evenwel niet dat afstemming (regionaal, provinciaal, Vlaams, Belgisch en Europees) niet noodzakelijk is (think global, act local).

Doelstellingen

- ❐ Verantwoord omgaan van de bevolking met alcohol en andere drugs
- ❐ Aanbieden van hulp bij problemen als gevolg van gebruik
- ❐ Adequaat optreden wanneer grenzen worden overschreden

Wat moet de minister van Binnenlandse Aangelegenheden doen?

Er zijn al heel wat initiatieven, concepten met bijhorende materialen en vormingen voor toepassing in een lokaal beleid ontwikkeld en in gebruik. De verdere implementatie en garantie voor continuïteit in de bestaande werking vormen een eerste prioriteit.

Beleidsmaatregelen

- ❐ Een duidelijk signaal geven aan steden en gemeenten om een lokaal alcohol- en drugbeleid uit te werken. In concreto betekent dit dat steden en gemeenten
  - → een lokaal alcohol- en drugbeleid uitwerken, met participatie van alle betrokken sectoren
  - → het thema 'alcohol en andere drugs' een plaats geven binnen de verschillende gemeentelijke beleidsplannen (jeugdwerkbeleidsplan, cultuurbeleidsplan, sportbeleidsplan, minderhedenbeleidsplan, gemeentelijk mobiliteitsplan, lokale economiebeleidsplan,...)
  - → een gangmaker van het lokaal alcohol- en drugbeleid benoemen (preventieambtenaar, preventiewerker BiZa, jeugdconsulent, voorzitter gezondheidsraad,...). Hij of zij is de lokale partner van de drugpreventiewerker uit de regionale pool en de verbinding tussen de preventiewerker en het lokale beleid
  - → desgevallend de lokale preventiewerker (met middelen Biza of eigen middelen) poolen in de regionale pool of aanvullende financiële middelen (% op basis van aantal inwoners) investeren in de pool van preventiewerkers, waardoor regionaal meer mogelijkheden worden gecreëerd tot ondersteuning van het lokale niveau
  - → financiële middelen voorzien voor de uitwerking van lokale projecten
- ❐ Een duidelijk signaal geven aan provincies om de alcohol- en drugthematiek een zichtbare plaats te geven in het provinciaal (gezondheids)beleid en hen stimuleren om een provinciaal alcohol- en drugbeleid uit te werken; in concreto betekent dit dat de provincie:
  - → een provinciale coördinator alcohol en andere drugs financiert
  - → instaat voor afstemming en coördinatie tussen de diverse stedelijke en gemeentelijke alcohol- en drugbeleidsplannen en het provinciale beleidsplan

→ het samenbrengen van de lokale gangmakers en de preventiewerkers uit de pools van de provincie in een provinciaal alcohol- en drugplatform

❒ Afsluiten van samenwerkingsprotocols tussen de Vlaamse overheid en de provinciale en lokale overheden (cfr.kerntakendebat) waarin duidelijke opdrachten, verantwoordelijkheden en samenwerkingsmodaliteiten worden vastgelegd om een gedecentraliseerd én coherent Vlaams preventiebeleid uit te werken

7. Een inclusief preventiebeleid in alle maatschappelijke sectoren

Een inclusief beleid in alle maatschappelijke sectoren betekent dat in elke sector op organisatieniveau (onderwijs, jeugdwerk, arbeid, sport, uitgaan, welzijn) een alcohol- en drugbeleid wordt uitgewerkt dat geïntegreerd wordt in de structuur van de organisatie. Op die manier krijgt het thema continue aandacht en worden alle kansen aangegrepen om de thematiek bespreekbaar te maken, om vroegtijdig in te grijpen, om voorwaardenscheppend te werken. De doelstellingen van preventie zijn gedifferentieerd (van aanmoedigen van niet-gebruik tot vroeginterventie en harm reduction) en elke organisatie moet in haar drugbeleid op de verschillende niveaus een gepaste invulling proberen te maken.

Een alcohol- en drugbeleid bestaat in grote lijnen uit 3 pijlers (die weliswaar afhankelijk van de sector op een eigen manier worden vertaald en verwerkt):

- ❒ Een plan: met regelgeving, structurele maatregelen, een duidelijke werkwijze
- ❒ Voorlichting en opvoeding: zowel formeel als informeel (informatieoverdracht, aanleren van vaardigheden, werken aan beschermend klimaat)
- ❒ (Vroeg)interventie: duidelijke strategie wanneer zich problemen voordoen (interne aanpak en doorverwijzing en opvolging) (zie ook verder in deel 3)

Elke organisatie moet dit beleid binnen de eigen context en cultuur vorm geven. Een alcohol- en drugbeleid moet dynamisch zijn en moet regelmatig worden geëvalueerd en aangepast aan nieuwe evoluties en trends. Participatie van alle betrokkenen bij de totstandkoming en ondersteuning van het beleid is zeer belangrijk. Vorming voor sleutelfiguren, ondersteuning en coaching bij de ontwikkeling en uitvoering van het beleid en lokale afstemming zijn noodzakelijke voorwaarden om een effectief beleid in de maatschappelijke sectoren te implementeren.

De maatschappelijke sectoren, die een inclusief beleid in de eigen organisaties kunnen ontwikkelen, zijn:

- ❒ het onderwijs
- ❒ de werksector
- ❒ de vrijetijdssector
    - → het jeugdwerk
    - → de sportsector
    - → het uitgaansleven
- ❒ de welzijnssector
    - → residentiële sector
    - → buurtwerk

De gezondheidssector, de welzijnssector en politie en justitie zijn belangrijke partners in het ondersteunen van een inclusief beleid in deze organisaties. Op een lokaal vlak zijn zij ook belangrijke partners in het lokaal alcohol- en drugoverleg. De gezondheids- en welzijnssector spelen daarenboven een belangrijke rol in vroeginterventie en hulpverlening (zie deel 3).

We beschrijven hieronder voor elke sector:

- ❒ de uitgangspunten
- ❒ de centrale doelstelling
- ❒ de beleidsmaatregelen die de Vlaamse regering en de betrokken minister(s) moeten nemen

7.1 Onderwijs

Uitgangspunt

De sector onderwijs speelt een belangrijke rol in de preventie en de aanpak van alcohol- en andere drugproblemen bij kinderen, jongeren en jongvolwassenen. Het grote bereik van het onderwijs en het feit dat schoolgaan een belangrijk deel uitmaakt van het leven van kinderen en jongeren, zorgt ervoor dat het onderwijs het preventiedomein bij uitstek vormt. Het onderwijs heeft een duidelijke opdracht op vlak van gezondheidspromotie. Anderzijds beschikt het over mogelijkheden op het vlak van vroegdetectie en begeleiding van kinderen, jongeren en jongvolwassenen.

Basisonderwijs:
Met de invoering van de ontwikkelingsdoelen en eindtermen gezondheidseducatie is het preventief werken aan gezondheid een heel concrete opdracht voor de Vlaamse basisscholen geworden. Uitstellen van het eerste gebruik is - gezien het oorzakelijk verband tussen beginleeftijd en problematisch gebruik later - een belangrijke doelstelling van preventie. Alles wat in het basisonderwijs gebeurt rond algemene gezondheidseducatie vormt een belangrijke basis voor drugpreventie in het secundair onderwijs.

Secundair onderwijs:
Het concept Drugbeleid Op School (DOS) werd 10 jaar geleden ontwikkeld en wordt systematisch in het secundair onderwijs gepromoot en geïmplementeerd. Steeds meer scholen erkennen hun taak in alcohol- en drugpreventie, zowel wat betreft algemene gezondheidspromotie (de vakoverschrijdende eindterm gezondheidseducatie omvat o.m. een onderdeel genots- en geneesmiddelen), het uitwerken van een consequente regelgeving als het aanbieden van begeleiding aan leerlingen met problemen ten gevolge van alcohol- of druggebruik. Leerlingen zien leerkrachten en CLB vaak niet als mogelijke vertrouwensfiguren bij problemen. Tevens zegt bijna de helft van de leerlingen[13] dat het thema drugs onvoldoende bespreekbaar is op school. Het deeltijds onderwijs en het Buitengewoon Secundair Onderwijs kennen specifieke noden. Zij moeten vaak een antwoord formuleren naar jongeren met een zwaardere drugproblematiek.

Hoger onderwijs:
Preventie stopt niet aan het einde van het secundair onderwijs.
Tijdens hun studieloopbaan zitten studenten vaak in een woelige overgang naar volwassenheid, waarbij ze geconfronteerd worden met allerlei uitdagingen en mogelijkheden. Doorheen dit proces leren ze zelfstandig keuzes te maken. Eén van deze keuzes betreft het gebruik van alcohol en andere drugs.
Studenten hebben echter een dubbele rol: ze zijn niet alleen mogelijke gebruikers van alcohol en andere drugs, zij zijn tevens toekomstige intermediairen die een belangrijke preventieve of hulpverlenende rol kunnen opnemen. Studenten zijn immers toekomstige werknemers of werkgevers die een bijdrage zullen hebben in verschillende sectoren: als leerkracht, opvoeder, manager,….

Centrale doelstelling

Sleutelfiguren in het onderwijs voeren een actief preventief beleid t.a.v. alcohol en andere drugs. Dit betekent enerzijds het versterken van de intrinsieke preventieve waarde van het onderwijs ter voorkoming van problematisch alcohol- en ander druggebruik en anderzijds het voeren van een actief preventiebeleid in het onderwijs (afspraken en regelgeving, informatieverstrekking en vorming, vroeginterventie, …)

- ❒ De Vlaamse, provinciale en lokale overheden en de onderwijskoepels sensibiliseren het onderwijs: via richtlijnen, incentives, lokaal overleg,…
- ❒ Regionale A&D-preventiewerkers ondersteunen op maat: advies, vorming, begeleiding, …

[13] Leerlingenbevraging schooljaar 2001-2002, VAD.

Wat moet de minister van Onderwijs doen?

Er zijn al heel wat initiatieven, concepten met bijhorende materialen en vormingen voor het onderwijs ontwikkeld en in gebruik. De verdere implementatie en garantie voor continuïteit in de bestaande werking vormen een eerste prioriteit.

Beleidsmaatregelen:

❒ Een duidelijk signaal geven aan de scholen met betrekking tot de alcohol- en drugthematiek en hen stimuleren om een Drugbeleid op School te implementeren en te optimaliseren

❒ De specifieke taken van het CLB met betrekking tot de begeleiding van leerlingen met problemen ten gevolge van alcohol- of ander druggebruik en het ondersteunen van scholen bij het werken aan gezondheidsbevordering vastleggen. Er is nood aan (bijkomende) expertise (opnemen van het thema in het opleidingsaanbod voor CLB-medewerkers) en tijd/ruimte voorzien (prioritaire opdracht) om deze taken op te nemen

❒ Financieren van innoverende projecten

❒ Vorming en permanente navorming m.b.t. alcohol en andere drugs voorzien

❒ Extra uren vrijmaken voor zorgcoördinatoren / leerlingbegeleiding binnen het onderwijs en in het bijzonder in het gelijke kansen onderwijs, BuSO en deeltijds onderwijs

❒ Financieel en logistiek ondersteunen van scholen met een concentratie aan kwetsbare jongeren

7.2 De arbeidssector

Uitgangspunt

De praktijk leert dat bedrijven (zowel privé-, kleine als grote bedrijven, openbare diensten, scholen, de sociale sector, …) het meest geconfronteerd worden met de gevolgen van alcoholgebruik terwijl medicatiegebruik onderschat wordt. Het gebruik van bepaalde illegale drugs (vooral cannabis en XTC) wordt de laatste jaren ook in de werkcontext gesignaleerd. Via de bedrijfswereld kunnen we volwassen mensen preventief bereiken.
In de werkcontext spreken we over probleemgebruik als een werknemer alcohol of drugs gebruikt (op en rond het werk) met negatieve gevolgen niet alleen voor hemzelf, maar ook voor zijn omgeving. Het is evident dat met deze ruime definiëring heel wat situaties potentieel problematisch zijn. Ze verwijst immers niet alleen naar de gevolgen van chronisch problematisch gebruik maar ook naar de impact van occasioneel overmatig en/of inadequaat middelengebruik op en rond het werk. In het kader van een preventief beleid zijn er op die manier heel wat meer aanknopingspunten om (vroegtijdig) in te grijpen. Alcoholgerelateerde kosten in de werkomgeving (onder meer ziekteverzuim, arbeidsongevallen, productieverlies, enzovoort) worden in België geraamd op 2,2 miljard euro (Pacolet, 2003). Deze kost maakt 36% uit van de geschatte totale kost voor de samenleving.

Veel organisaties starten met een alcohol- en ander drugbeleid naar aanleiding van concrete problemen. Hoewel de werkcontext zich alsmaar meer leent voor preventie-initiatieven inzake veiligheid en gezondheid (mede door de introductie van de welzijnswet), merken we dat dit voor alcohol en andere drugs niet onmiddellijk het geval is. Dit zegt iets over het delicate karakter van de alcohol- en drugproblematiek op het werk. Laattijdig optreden is niet efficiënt. Vaak is er dan een complexe waaier aan problemen ontstaan (medische, relationele, financiële) die de kansen op 'herstel' erg bemoeilijken. Een groeiend aantal bedrijven start een beleid om preventieve redenen: zij willen met hun beleid problemen voorkomen.

Centrale doelstelling

Sleutelfiguren in de arbeidssector voeren een actief preventief beleid t.a.v. alcohol en andere drugs. Dit betekent enerzijds het versterken van de intrinsieke preventieve waarde van werk ter voorkoming van middelenmisbruik (een werkomgeving met een veiligheids- en gezondheidsbeleid, waar de focus ligt op functioneren, …) en anderzijds het voeren van een actief preventiebeleid in de werkcontext (procedures bij problematisch gebruik, regelgeving, adequate doorverwijzing en hulpverlening en voorlichting en vorming)

- ❒ De Vlaamse, provinciale en lokale overheden sensibiliseren de arbeidssector: richtlijnen, incentives, lokaal overleg,…
- ❒ Regionale A&D-preventiewerkers ondersteunen op maat: advies, vorming, begeleiding, …

Wat moet de minister van Tewerkstelling en Arbeid doen?

Er zijn al heel wat initiatieven, concepten met bijhorende materialen en vormingen ontwikkeld en in gebruik. De verdere implementatie en garantie voor continuïteit in de bestaande werking vormen een eerste prioriteit.

Beleidsmaatregelen:

- ❒ Een duidelijk signaal geven aan de arbeidssector en hen sensibiliseren en stimuleren tot het opzetten en uitvoeren van een alcohol- en drugbeleid

- ❒ Onderhandelingen opstarten tussen met de arbeidssector om te bekijken in welke mate regelgeving met betrekking tot alcohol en andere drugs (naar analogie met stress en pesterijen op het werk) zinvol en haalbaar is

- ❒ Financieren van onderzoek naar de prevalentie van gebruik en problematisch gebruik in de beroepsbevolking, eventueel in diverse sectoren

7.3 De vrijetijdssector

De vrijetijdssector omvat verschillende deelsectoren en initiatieven (niet alles is in een sector georganiseerd). Het is een belangrijke sector op het vlak van preventie, mede omdat in het vrijetijdsgebeuren heel wat alcohol- en druggebruik plaatsvindt en hierdoor verschillende momenten van ingrijpen (van ontraden van en verstandig omgaan met gebruik tot vroeginterventie en harm reduction) mogelijk zijn. Ook kunnen we via deze sector zowel jongeren als volwassenen bereiken. In tegenstelling tot de traditioneel 'educatieve' sectoren zoals onderwijs, is de implementatie van een inclusief preventiebeleid in deze sector niet steeds evident. Gezien de verschillende mogelijkheden van de deelsectoren, behandelen we hieronder achtereenvolgens het jeugdwerk, de sportsector en het uitgaansleven.

A. Het jeugdwerk

Uitgangspunt

Het jeugdwerk (werking met maatschappelijk achtergestelde jongeren, speelpleinwerking, jeugdhuizen, jeugdbewegingen, …) vormt een kader waar jongeren hun vrije tijd op een opbouwende en leuke manier kunnen invullen. Kortom het jeugdwerk biedt kansen om zich verder te ontplooien, grenzen af te tasten, keuzes te maken en verantwoordelijkheid op te nemen. Het jeugdwerk wordt geconfronteerd met het gebruik van alcohol en andere drugs en heeft bijgevolg nood aan een effectieve preventieaanpak op maat. Vanuit haar doelstellingen en aanbod, zonder expliciet rond alcohol- en ander druggebruik te werken, heeft het jeugdwerk op dit terrein al een belangrijk preventief karakter. Het jeugdwerk geeft zelf aan nood te hebben aan alcohol- en drugspecifieke preventiemethodieken en –materialen om problemen in de eigen werking te voorkomen, de gewenste situatie te bestendigen en gezond gedrag te promoten. Jeugdwerkers nemen hierin een belangrijke positie in en vangen door hun veelvuldig contact met jongeren vroegtijdig signalen op en voelen snel aan wat er leeft.

Centrale doelstelling

Sleutelfiguren in het jeugdwerk voeren een actief preventief beleid t.a.v. alcohol en andere drugs. Dit betekent enerzijds het versterken van de intrinsieke preventieve waarde van het jeugdwerk ter voorkoming van problematisch alcohol- en ander druggebruik en anderzijds het voeren van een actief preventiebeleid in het jeugdwerk (afspraken en regelgeving, informatieverstrekking en vorming, vroeginterventie, …)

❒ De Vlaamse, provinciale en lokale overheden sensibiliseren de jeugdsector: via richtlijnen, incentives, lokaal overleg,…
❒ regionale A&D-preventiewerkers ondersteunen op maat: advies, vorming, begeleiding, …

Wat moet de minister van Jeugd doen?

Er zijn al heel wat initiatieven, concepten met bijhorende materialen en vormingen voor het jeugdwerk ontwikkeld en in gebruik. De verdere implementatie en garantie voor continuïteit in de bestaande werking vormen een eerste prioriteit.

Beleidsmaatregelen:

❒ Een duidelijk signaal geven aan het jeugdwerk aan de met betrekking tot de alcohol- en drugthematiek en hen stimuleren om een alcohol- en drugbeleid uit te werken

❒ Ondersteunen en verder uitwerken van een geïntegreerd fuivenbeleid in Vlaanderen met aandacht voor de alcohol- en drugthematiek vanuit gezondheidsperspectief. Hiertoe moet eenduidige up-to-date info op maat van de doelgroep uitgewerkt worden en afstemming tussen verschillende actoren en thema's vooropgesteld

❒ Financieren van innoverende projecten, met prioriteit voor projecten naar maatschappelijk kwetsbare jongeren

- ❒ Vorming over alcohol en drugs structureel inbouwen in het vormingsaanbod voor het jeugdwerk
- ❒ Structurele verankering van alcohol- en drugthematiek in de jeugdwerkbeleidsplannen
- ❒ Stimuleren van rechtstreekse participatie en inspraak van jongeren

B. De sportsector

Uitgangspunt

Sport is niet meer weg te denken uit onze samenleving. Het betekent voor velen een belangrijke vrijetijdsbesteding. Eén op vier Vlamingen is lid van een sportclub! De positieve effecten van sportbeoefening worden hierbij algemeen erkend. Zo heeft sport een positieve invloed op de algemene gezondheid en kan het een goed alternatief zijn voor alcohol- en ander druggebruik. Niettemin vormt niet 'gezondheid' maar 'ontspanning en genieten' de belangrijkste drijfveer voor de Vlaming om aan sport te doen. Dit beperkt zich niet tot het sporten op zich, maar heeft ook betrekking op het gebeuren rond het sporten. Het gebruik van alcohol en andere drugs neemt daarbij vaak een centrale plaats in. Voor de meeste sportclubs zijn de extra inkomsten uit de kantine, cafetaria of bar noodzakelijk om bepaalde aspecten van de werking te financieren.
Gezondheidsrisico's van een andere orde zijn het gebruik van prestatieverhogende middelen. Niet alleen in de topsport maar ook in de amateursport wordt naar deze verboden middelen gegrepen.
Niettegenstaande sport een intrinsieke preventieve waarde heeft, worden sportclubs, -diensten en -federaties regelmatig geconfronteerd met problematisch alcohol- en ander druggebruik en hebben ze nood aan een effectieve preventieaanpak op maat.

Centrale doelstelling

Sleutefiguren in de sportsector voeren een actief preventief beleid t.a.v. alcohol en andere drugs. Dit betekent enerzijds het versterken van de intrinsieke preventieve waarde van sport ter voorkoming van problematisch alcohol- en ander druggebruik en anderzijds het voeren van een actief preventiebeleid in de sportclub (duidelijke regelgeving en barbeleid, informatieverstrekking, signalering van probleemgebruik, …)

- ❒ De Vlaamse, provinciale en lokale overheden sensibiliseren de sportsector: richtlijnen, incentives, lokaal overleg,…
- ❒ Regionale A&D-preventiewerkers ondersteunen op maat: advies, vorming, begeleiding, …

Wat moet de minister van Sport doen?

Er zijn al heel wat initiatieven, concepten met bijhorende materialen en vormingen voor de sportsector ontwikkeld en in gebruik. De verdere implementatie en garantie voor continuïteit in de bestaande werking vormen een eerste prioriteit.

Beleidsmaatregelen:

- ❒ Een duidelijk signaal geven aan de sportsector en hen stimuleren om een alcohol- en drugbeleid te ontwikkelen
- ❒ Uitwerken van een doorgezet dopingbeleid met aandacht voor sportbeoefening op recreatief niveau
- ❒ Stimuleren en versterken van sport als alternatief voor middelengebruik: o.a. door het financieren van innoverende projecten, met prioriteit voor projecten naar maatschappelijk kwetsbare groepen

- ❐ Via het subsidiebeleid sportclubs stimuleren om een verantwoord barbeleid uit te werken
- ❐ Richtlijnen voor sportfederaties om een preventief alcohol- en drugbeleid structureel in hun vormingsaanbod op te nemen
- ❐ Onderzoek naar het dopinggebruik.

C. Het uitgaansleven

Uitgangspunt

Het uitgaansleven (muziekevenementen, clubs en uitgaanscafés) in Vlaanderen bruist. Het is een terrein waar jongeren en jong volwassenen zich op een ongedwongen en creatieve manier kunnen uitleven. Tegelijkertijd is het ook een omgeving die geconfronteerd wordt met recreatief druggebruik en daaraan gekoppelde gezondheidsproblemen.
Professionelen (clubuitbaters, organisatoren,…) in het uitgaansleven worden hier regelmatig mee geconfronteerd en hebben bijgevolg nood aan een effectieve preventieaanpak rekeninghoudend met de eigenheden van het uitgaansleven. Zij zijn een belangrijke partner om preventie in de uitgaanssetting mee waar te maken. Door hun contact met het publiek zijn zij ook op de hoogte van wat er leeft in de uitgaanscultuur die zichzelf steeds vernieuwt.
Het uitgaansleven is dan ook gebaat bij een effectieve preventieaanpak op maat die de gezondheid van het uitgaanspubliek centraal stelt en die indien nodig het verminderen van de gezondheidsrisico's voorop stelt zonder dat dit op korte termijn noodzakelijkerwijs een vermindering van druggebruik betekent.

Centrale doelstelling

Sleutelfiguren in de uitgaanssector voeren een actief preventief beleid t.a.v. alcohol en andere drugs (eenduidig beleid t.a.v. druggebruik, informatieverstrekking, vroeginterventie, structurele maatregelen, harm reduction, …)

- ❐ De Vlaamse, provinciale en lokale overheden sensibiliseren de uitgaanssector: richtlijnen, incentives, lokaal overleg,…
- ❐ Regionale A&D-preventiewerkers ondersteunen op maat: advies, vorming, begeleiding, …

Wat moet de Vlaamse regering doen?

Er zijn al een aantal initiatieven, concepten met bijhorende materialen en vormingen ontwikkeld en in gebruik. De verdere implementatie en garantie voor continuïteit in de bestaande werking vormen een eerste prioriteit.

Beleidsmaatregelen:

Gezien geen enkele minister exclusief bevoegd is voor het uitgaansleven is hier een signaal van de <u>Vlaamse overheid</u> nodig om de sector te sensibiliseren en een alcohol- en drugbeleid uit te bouwen. Verschillende ministers kunnen binnen het eigen bevoegdheidsterrein initiatieven nemen. De minister van Gezondheid kan de verschillende maatregelen op elkaar afstemmen en neemt de coördinatie waar.

De minister van Binnenlandse Aangelegenheden

- ❒ Vlaamse regelgeving uitwerken om de risicoanalyse bij de organisatie van evenementen op een uniforme wijze te laten verlopen;
- ❒ Grote evenementen verplichten een multidisciplinair overleg te beleggen tussen de gezondheidsinspectie, preventiewerkers, de lokale overheid en de organisator, in functie van een omgevingsanalyse
- ❒ Extra middelen voor steden en gemeenten om preventie en harm reduction initiatieven te implementeren (bijv. alcoholtesters, waterfonteintjes). Een lokaal beleid is in deze sector de enige structurele ingangspoort omdat het uitgaansleven zich vooralsnog niet laat vatten in 'een sector'
- ❒ Steden en gemeenten aansporen om strikter toe te zien op het vergunningsbeleid en de controle op de naleving van de wetgeving

De minister van Jeugd

- ❒ Verder uitwerken van de centrale informatiesite 'fuifpunt'.

De minister van Middenstand

- ❒ Verplichte module alcohol- en drugpreventie in de vormingsplicht voor caféuitbaters, restauranthouders, organisatoren, bewakingsagenten…

De minister van Toerisme

- ❒ Uitwerken van een beleid rond partytoerisme

De minister van Gezondheid

- ❒ In samenwerking met provinciale en lokale overheden initiatieven nemen om veilige en gezonde uitgaanslocaties te creëren. Hiertoe zijn stimulansen (vb. subsidies) nodig om professionelen aan te zetten druggebonden gezondheidsrichtlijnen in de eigen zaak of organisatie te implementeren (vb: waterfontein, ventilatie, …)
- ❒ Innoverende initiatieven financieren, met een laagdrempelig, niet-dwingend aanbod naar recreatieve druggebruikers (informatie, gerichte doorverwijzing, eerste opvang, vooral in grootsteden en aan de kust in de zomer. (cf. Modus Fiësta te Brussel)
- ❒ Investeren in innoverende methodieken om risicogroepen in het uitgaansleven te bereiken, vb. via peer support
- ❒ Toegang tot centrale databank (WIV) van in beslag genomen producten afdwingen, zodat een specifieke vertaling van het Early Warning Systeem (EWS) naar het uitgaansleven kan geoptimaliseerd worden

7.4 Welzijnssector (Residentiele voorzieningen en buurtwerk)

Uitgangspunt

De welzijnssector heeft eveneens een belangrijke rol in de preventie en de aanpak van alcohol- en andere drugproblemen. In de residentiële voorzieningen (zoals bijzondere jeugdzorg, thuislozenwerkingen, …) en in het buurtwerk vormt, naar analogie met de andere sectoren, de ontwikkeling van een inclusief alcohol- en drugbeleid de basis voor preventie. Daarnaast heeft de welzijnssector een belangrijke inbreng in de ondersteuning van preventie op lokaal vlak, in het werken met specifieke doel- en risicogroepen en op het vlak van vroeginterventie, motivatie tot gedragsverandering en eventueel doorverwijzing naar de categoriale hulpverlening en harm reduction (zie verder in deel 3).

Centrale doelstelling

Sleutelfiguren in de welzijnssector voeren een actief preventief beleid t.a.v. alcohol en andere drugs (afspraken en regelgeving, informatieverstrekking en vorming, vroeginterventie, …).

- ❒ De Vlaamse, provinciale en lokale overheden sensibiliseren de welzijnssector: richtlijnen, incentives, lokaal overleg,…
- ❒ Regionale A&D-preventiewerkers ondersteunen op maat: advies, vorming, begeleiding, …

Wat moet de minister van Welzijn doen?

Het bestaande concept en bijhorende materiaal dat voor de bijzondere jeugdzorg en het buurtwerk werd ontwikkeld moet worden verdergezet met extra aandacht voor continuïteit en verdere implementatie.

Beleidsmaatregelen

- ❒ Een duidelijk signaal geven aan de welzijnssector en hen stimuleren om hun preventieve rol ten aanzien van de alcohol- en drugthematiek op te nemen

- ❒ Financieren van innoverende projecten rond preventief werken naar specifieke doelgroepen;

8. Een beleid op maat van de verschillende doelgroepen, met specifieke aandacht voor bijzonder kwetsbare groepen in de samenleving

Uitgangspunt

Naast een inclusief beleid in alle maatschappelijke sectoren is er aanvullend nood aan een specifieke aanpak van alcohol en andere drugs. Deze specifieke aandacht moet gericht worden op verschillende doelgroepen, vereist een aanpak op maat van elke groep (waardoor deze aanpak zeer arbeidsintensief is!) en richt zich tevens op doelgroepen die niet via een specifieke sector zijn te vatten. We denken hier in het bijzonder aan de doelgroep ouders en maatschappelijk kwetsbare groepen.
Een aantal maatschappelijk kwetsbare groepen zijn niet enkel kwetsbaar voor alcohol- en andere drugproblemen en voor deze groepen dient aansluiting te worden gezocht met andere sectoren (vb. de welzijnssector) om samen een aantal structurele en preventieve maatregelen te bepleiten, naast een specifieke aanpak ten aanzien van alcohol- en ander druggebruik.
De welzijnssector, de categoriale preventiestructuur en de ambulante categoriale drughulpverlening (dagcentra, MSOCs), kunnen op dit terrein samenwerken.

Hieronder beschrijven we een volgende prioritaire doelgroepen:

- Ouders
- Ouderen
- Maatschappelijk kwetsbare jongeren
- Kinderen van alcoholisten en drugverslaafden
- Nieuwkomers en illegalen
- Gedetineerden

In de drugnota van de Vlaamse regering moeten een aantal prioritaire doelgroepen worden vastgelegd, waarvoor de nodige financiële middelen moeten worden gereserveerd.

Wat moet de minister van Gezondheid doen?

- Aandringen bij collega-ministers om in alle maatschappelijke sectoren extra mogelijkheden te creëren en middelen te voorzien om preventief met maatschappelijk kwetsbare groepen te werken
- Financieren van concepten en innoverende projecten om de verschillende doelgroepen te bereiken
- Voorzieningen met terreinwerking financieel ondersteunen om met deze doelgroepen te werken

8.1 Ouders

Uitgangspunt

Ouders zijn een belangrijke doelgroep voor preventie die niet via één sector zijn te vatten. Werken naar ouders kan via diverse kanalen (socio-culturele verenigingen, oudercomités, het algemeen welzijnswerk, eerstelijnsdiensten zoals huisartsen en OCMW…) maar als doelgroep verdienen ze een expliciete aandacht. Belangrijke beschermende factoren voor alcohol- en druggebruik en ander risicogedrag situeren zich in de gezinscontext: ontwikkeling van een sterke band tussen kinderen en ouders, communicatie tussen jongeren en ouders, ouderlijk toezicht met duidelijke gezinsregels en afspraken. Ook houding en gedrag ten aanzien van alcohol- en druggebruik van de ouders beïnvloeden jongeren. Riskant middelengebruik tijdens de zwangerschap kan leiden tot een aantal ernstige gezondheidsproblemen (ADHD, FAS, …) en daarnaast zijn ouders zich vaak onvoldoende bewust van hun invloed op hun adolescent op het vlak van het overnemen van waarden en normen

en hun voorbeeldgedrag. Zij missen vaak het nodige zelfvertrouwen omtrent hun deskundigheid over drugs wat een rem is om hierover een gesprek te beginnen.
Het betrekken van ouders bij alcohol- en drugpreventie is dan ook een onmisbare schakel in een globale aanpak. Omwille van taal- of cultuurverschillen zijn sommige ouders minder bereikbaar via de school of het organisatieleven, zoals allochtone ouders, gezinnen met een laag socio-economische status. Laagdrempelige en gerichte preventie-initiatieven op maat zijn hiervoor nodig.

Problematisch alcohol- en druggebruik van één of meer kinderen van een gezin drukt een onmiskenbare stempel op het gezin: gezinsrelaties staan onder druk, het gezin gaat zich isoleren, wordt gestigmatiseerd, depressies doen zich voor. Ondersteuning van ouders is noodzakelijk om hen terug zelfvertrouwen te geven in hun ouderlijke rol en hen met deze gezinssituatie zo adequaat als mogelijk te leren omgaan, voor zichzelf, hun gezinsleden en de alcohol- of druggebruikende jongere.
Een bijzondere doelgroep vormen de alcohol- of andere druggebruikende ouders met kinderen: vanuit hun specifieke situatie is de nood aan opvoedingsondersteuning groot. Veel van deze ouders hebben een weinig positieve familiale voorgeschiedenis, bijgevolg kunnen ze bij de opvoeding weinig steunen op de eigen ervaringen en missen ze bovendien een sociaal netwerk dat een hulp kan zijn binnen de opvoeding. Bij deze groep ouders leeft een grote angst voor stigmatisering en plaatsing van hun kind. Vaak kampen zij ook met grote schuldgevoelens ten aanzien van hun kind. Gerichte opvoedingsondersteuning biedt ondersteuning in hun opvoedingstaak, wat zowel het welzijn van de ouders als van het kind ten goede komt.

Welke initiatieven moeten op dit terrein genomen worden?

- Voor ouders (én grootouders) met kinderen en adolescenten en voor toekomstige ouders:opvoedingsondersteuning, informatiesessies, …
- Voor moeilijk bereikbare ouders (moeilijk bereikbaar via de gekende kanalen zoals onderwijs en socio-culturele organisaties waaronder socio-economisch achtergestelde groepen, allochtone ouders, éénoudergezinnen,…): innoverende concepten met specifieke aandacht voor culturele verschillen bv. tupercare, (ouderbijeenkomsten gebaseerd op het 'tuperware'-model)…
- Voor ouders van druggebruikers: oudergroepen, zelfhulpgroepen: nood aan een regionaal ondersteuningsaanbod, met supervisie vanuit de CGG
- Voor verslaafde ouders met kinderen: gerichte opvoedingsondersteuning, groepsprogramma's, individuele programma's, structurele financiering voorzien voor deze programma's; netwerking, informatieverstrekking naar zwangere vrouwen, …

8.2 Ouderen

De vergrijzing van de Vlaamse bevolking (een stijgende levensverwachting in combinatie met een afnemende bevolkingsgroei) neemt toe. Dit betekent onder meer dat aandacht voor alcohol - e.a. drugproblemen (voornamelijk alcohol – en medicatiegebruik) bij deze steeds groter wordende bevolkingsgroep aan belang toeneemt. Preventie kan een positief effect hebben op de bevordering van zelfstandigheid en participatie van ouderen aan het maatschappelijk leven.

Ouderen zijn om uiteenlopende redenen kwetsbaarder voor de effecten van alcohol- en medicatiegebruik. Normale veroudering gaat gepaard met o.m. veranderingen in de stofwisseling, opname van voedingsstoffen in het lichaam en veranderingen in de lichaamssamenstelling. De lichamelijke weerstand is minder groot. Door dit alles is het voor ouderen lastiger om goed met alcohol en medicatie om te gaan.
Het overmatig alcoholgebruik op latere leeftijd kan diverse oorzaken hebben: sociaal isolement en het hieruit resulterende tekort aan emotionele warmte; onverwerkte rouw; de confrontatie met veranderingen die gepaard gaan met het ouder worden zelf. Bijvoorbeeld achteruitgang van motoriek en geheugen: men gaat zich

machteloos en hulpeloos voelen. Alcohol of medicatie kunnen dan onbewust fungeren als middel om terug de controle te hervinden of om met deze negatieve gevoelens te kunnen omgaan. Voorlichting, vroegsignalering door de omgeving; ondersteuning en begeleiding bieden mogelijkheden om deze problematiek aan te pakken en het welzijn van deze ouderen te bevorderen.

Ook wat medicatie betreft hebben ouderen meer kans op ongewenste effecten: het aantal verschillende geneesmiddelen dat men moet innemen is vaak groot (verschillende geneesmiddelen voor verschillende aandoeningen), nieren en lever werken minder goed waardoor de eliminatie trager verloopt en ten slotte houdt het lichaam minder vocht vast waardoor medicijnen in hoger concentratie in het bloed terechtkomen. Ouderen zijn gevoeliger aan geneesmiddelen die inwerken op het centrale zenuwstelsel (bv benzo's). Wanneer ze verschillende van deze medicijnen nemen die bovendien elkaars werking versterken kan dat gevolgen hebben op de motoriek en bijgevolg de dagelijkse bezigheden hinderen. Ook het risico van vallen neemt toe met het aantal gebruikte geneesmiddelen.
Informatie, signalering en overleg tussen oudere, omgeving en de verschillende zorgverstrekkers zijn preventieve instrumenten die hiervoor bruikbaar zijn.

Welke initiatieven moeten op dit terrein genomen worden?

- ❒ Een duidelijk signaal van de minister van Volksgezondheid naar de verzorgingssector (gezondheid en welzijn) om hun verantwoordelijkheid op te nemen tav de alcohol- & medicatieproblematiek bij deze doelgroep
- ❒ In een integraal gezondheidsbeleid naar ouderen aandacht hebben en middelen voorzien voor de aanpak en begeleiding van de alcohol- & medicatieproblematiek bij deze doelgroep
- ❒ Ontwikkelen van concepten voor preventie bij ouderen
- ❒ Vorming van intermediairen (in thuisgezondheidsdiensten, bejaardentehuizen) m.b.t. aanpak van alcohol- en geneesmiddelengebruik bij ouderen.

8.3 Maatschappelijk kwetsbare jongeren

Uitgangspunt

Jongeren in het deeltijds onderwijs, in jeugdwerkingen voor maatschappelijk achtergestelde jongeren, in de bijzondere jeugdzorg en jongeren die we niet in het onderwijs, de vrijetijd en de arbeidssector bereiken, lopen omwille van een aantal factoren meer kans op problematisch alcohol- en ander druggebruik. Niet zozeer de kenmerken van de jongeren, maar van de context geven sneller aanleiding tot problematisch gebruik.
Risicofactoren situeren zich op het niveau van de samenleving (lagere socio-economsiche status, beperkt engagement in jeugd- en sportwerking), van de school (falen, geringe betrokkenheid), van het gezin (conflicten, gebrek aan eenduidige regelgeving, attitude van ouders, materiële verwenning) en op het individuele vlak (vroege kennismaking met anti-sociaal gedrag, met middelengebruik). Beschermende factoren zoals familiebinding, sociaal engagement, sociale vaardigheden zijn in verhouding beperkter aanwezig.
Preventie beoogt het vermeerderen van de beschermende factoren en het reduceren van de riscofactoren. Het benaderen van deze groep dient vooreerst structureel te gebeuren (socio-economisch, huisvesting, scholing). Ook moet de negatieve beeldvorming doorbroken worden. Daarnaast is een specifieke alcohol- en drugaanpak noodzakelijk. Dit impliceert een aanbod dat rekening houdt met subculturele of culturele verschillen en met individuele noden en kenmerken.
Naast specifieke concepten en methodieken om met deze groepen te werken is er nood aan intense vorming van sleutelfiguren die dagdagelijks met deze groepen werken. Een aanbod op maat vereist immers dat men algemene concepten kan aanpassen aan de specifieke noden van individuen en groepen.

Welke initiatieven moeten op dit terrein genomen worden?

- ❒ Ondersteuning van peersupport als methodiek
- ❒ Vrijetijds- en tewerkstellingsprojecten
- ❒ Straathoekwerk
- ❒ Ontwikkelen van op de doelgroep afgestemde concepten met o.a. non-verbale methodieken

8.4 Kinderen van ouders met een alcohol- of illegaledrugprobleem

Uitgangspunt

Een groot aantal kinderen groeit op in een gezin waarvan één of beide ouders een alcoholprobleem hebben (en meer en meer zal dit ook voor illegaledrugproblemen voorkomen). Het gaat om een complexe problematiek waarin biologische, psychologische en sociale factoren een rol spelen. De relationele en affectieve implicaties op het vlak van de gezinssituatie zijn groot.
De risico's en de gevolgen voor kinderen die in deze gezinssituatie opgroeien zijn divers:
- kinderen van ouders met een alcohol- of drugprobleem worden geconfronteerd met een 'gezin in crisis': dit leidt tot aanpassingsproblemen of meer permanent dysfunctioneren op verschillende terreinen;
- wanneer deze problemen niet adequaat worden opgevangen ontstaat een grotere kans op transgenerationele oerdracht van afhankelijkheidsproblemen
- sommige kinderen beleven ernstige traumatische ervaringen die de verdere persoonlijkheidsontwikkeling sterk hypothekeren.

Interventies zijn nodig op het niveau van de kinderen, op het niveau van de ouders en van de omgeving.
Voor kinderen van ouders met een alcoholprobleem werden reeds programma's ontwikkeld (voor juniors, tieners en voor ouders zelf) die de kinderen inzicht verschaffen in het probleem, maar tevens werken aan een positief zelfbeeld, meer interne locus of control, geloven in eigen mogelijkheden om zichzelf te helpen.
De programma's zijn getest op haalbaarheid en effectiviteit. De implementatie ervan verloopt evenwel moeilijk omdat er voor deze projecten geen structurele financiering aanwezig is en ze tussen preventie en hulpverlening uit de boot vallen.

Welke initiatieven moeten op dit terrein genomen worden?

- ❒ Pilootprojecten om KOAP-programma's in verschillende hulpverleningsvoorzieningen te implementeren (ook laagdrempelige centra): hiervoor moeten de nodige middelen worden voorzien
- ❒ Conceptontwikkeling voor programma's voor kinderen van ouders met een drugprobleem + try out van deze programma's
- ❒ Structureel (financies voorzien) inbouwen van een preventief programma-aanbod voor kinderen van ouders met een alcohol- en drugprobleem

8.5 Nieuwkomers en illegalen

Uitgangspunt

Nieuwkomers in België hebben zeer verschillende culturele achtergronden. Er bestaat dan ook een enorme diversiteit in normen, waarden en tradities ten aanzien van alcohol- en druggebruik, vaak sterk verschillend van de in Vlaanderen gehanteerde normen en tradities.
Daarbij komt dat deze nieuwkomers vaak traumatische ervaringen achter de rug hebben, zich zorgen maken om achtergebleven familieleden en hier in een sterk geïsoleerde positie terechtkomen. Voorts houdt dit alcohol- of ander druggebruik vaak direct verband met de onzekerheid qua verblijf en lange procedures, en zeker, wat asielzoekerscentra betreft, de onmogelijkheid om arbeid te verrichten of een zinvolle tijdsbesteding te vinden.
Via het inburgeringstraject kunnen nieuwkomers kennis maken met de gezondheidszorg in Vlaanderen en specifiek met alcohol- en drugvoorlichting en –interventies.
Binnen asielzoekerscentra is weinig bekend over deze problematiek, onder andere over hun mogelijkheden tot signaleren en het beleidsmatig werken in de eigen organisatie.
Specifiek deskundheidsbevordering voor het personeel kan hierop een antwoord geven.

Welke initiatieven moeten op dit terrein genomen worden?

- ❐ Kleinschalige lokale (piloot)projecten
- ❐ Innoverende projecten: alcohol- en drugpreventie in asielzoekerscentra en via inburgeringstraject voor nieuwkomers
- ❐ Onderzoek naar gebruik en de positie van alcohol en andere drugs bij nieuwkomers

8.6 Gedetineerden

Uitgangspunt

Net zoals in de samenleving is de aanwezigheid van druggebruik in de gevangenissen een feit. Gedetineerden zijn een kwetsbare groep en de ontwikkeling van een drugbeleid in de gevangenissen moet een buffer vormen om preventief, schadebeperkend en hulpverlenend op te treden. Niet alleen de federale minister van Justitie, maar ook in het kader van het Vlaams strategisch plan voor hulp- en dienstverlening aan gedetineerden, kunnen door de verschillende voorzieningen in de welzijnssector, in samenwerking met de gespecialiseerde alcohol- en drugsector, initiatieven genomen worden op het vlak van vorming, beroepsopleiding, hulpverlening en sociale reïntegratie.

Welke initiatieven moten op dit terrein genomen worden?

Initiatieven in het kader van het strategisch plan voor hulp- en dienstverlening aan gedetineerden van de Vlaamse regering

- ❐ Opleiding personeel
- ❐ Conceptontwikkeling mbt een drugbeleid in gevangenissen, met aandacht voor harm reduction
- ❐ Informatie en vorming gedetineerden
- ❐ Begeleiding van gedetineerden
- ❐ Begeleiding bij reïntegratie (tewerkstelling, huisvesting)

9. Harm reduction

Uitgangspunt

Alcohol- en ander druggebruik is een gegeven in onze samenleving. Voorkomen van gebruik is niet steeds een haalbare doelstelling. Harm reduction gaat van deze vaststelling uit en wil de negatieve gevolgen (schade) van het gebruik van psycho-actieve middelen verminderen voor de gebruikers, hun omgeving en de samenleving.
Het essentiële kenmerk van harm reduction is het nastreven van een daling van de alcohol- en druggerelateerde schade, waarbij het succes van de aanpak niet noodzakelijk afhankelijk is van een daling van het gebruik.
Essentiële kenmerken zijn:

- De pragmatisch aanpak: er wordt op korte termijn of kort op de bal gespeeld, er wordt gewerkt met de situatie zoals die zich voordoet
- Het vrij zijn van waarde-oordelen: dit betekent dat er geen morele uitspraken gedaan worden over bijvoorbeeld het druggebruik
- De participatieve aanpak: het erkennen van de gebruiker als actieve actor

Harm reduction situeert zich op een continuüm dat zowel aanleunt bij preventie als bij hulpverlening. Het is geen aparte pijler van een beleid, maar een integraal onderdeel van een globale aanpak van alcohol- en andere drugproblemen.

In het verlengde van preventie richt harm reduction zich naar groepen die ervoor kiezen om drugs te gebruiken. De interventies zijn gericht op het beperken van de risico's en het voorkomen van schade (voor individu en samenleving) als gevolg van het druggebruik. Experimenteel gebruik, recreatief druggebruik, combigebruik, zijn voorbeelden. Deze groepen van gebruikers zijn in de verschillende maatschappelijke sectoren terug te vinden. Harm reduction moet in elke sector als aanpak aanvaard en erkend worden. Het gaat in eerste instantie om een attitude (filosofie), die op dit ogenblik nog een onvoldoende draagvlak kent. Hiervoor is specifieke opleiding nodig van sleutelfiguren, om de aanvaardbaarheid van deze doelstelling te introduceren en vaardigheden aan te leren om harm reduction in de praktijk toe te passen.

Harm Reduction vraagt specifieke aandacht:
Gezien de relatief jonge aanpak van harm reduction is er, naast de integratie van deze attitude in de aanpak in alle sectoren, aanvullend specifieke aandacht nodig op het vlak van beleid en praktijk. In de categoriale preventiestructuur zijn er daarom voortrekkers nodig die harm reduction op de preventieagenda plaatsen, die de aandacht op deze gerichte aanpak trekken en die de trekkers zijn van nieuwe concepten, nieuwe methodieken, enz.

Harm Reduction vraagt specifieke menskracht:
Harm reduction is niet gericht op grote groepen van de bevolking, maar vraagt een gerichte aanpak naar individuen en subgroepen, die drugs gebruiken en specifieke risico's lopen. We kunnen hier niet werken met methodieken op populatieniveau. Er is nood aan een gerichte aanpak om mensen aan te spreken op hun specifiek gedrag en antwoord te geven op hun persoonlijke vragen. Dit vraagt heel wat menskracht.
Naast deze individuele aanpak is een structurele aanpak nodig. De uitgaanssector is hiervoor een nieuwe sector die gesensibiliseerd en aangesproken moet worden om mits een aantal maatregelen bij te dragen tot het verminderen van de schade als gevolg van druggebruik in het uitgaansleven.

Harm Reduction vraagt specifieke methodieken
Eén van de methodieken die bruikbaar is binnen harm reduction is peersupport en zelforganisaties.
Straathoekwerk kan ondersteunend werken. Deze kleinschalige projecten hebben evenwel nood aan ondersteuning en vorming en dit kan niet alleen op basis van vrijwilligheid gebeuren. De overheid moet in deze methodieken investeren.

Op het vlak van harm reduction is vooral nood aan ruimte voor innoverende projecten: projectwerking om nieuwe werkvormen uit te testen en om de effectiviteit van de methodieken te evalueren.

Wat moet de minister van Gezondheid doen?

Het gaat hier om een relatief nieuw terrein waarvoor in de startfase extra ondersteuning nodig is in mensen en middelen.

Beleidsmaatregelen

- Erkenning van harm reduction als pragmatische doelstelling bij aanpak van alcohol- en andere drugproblemen
- Investering in menskracht (voortrekkers voor harm reduction in de categoriale preventiestructuur)
- Financiële ondersteuning van peersupport netwerken
- Ter beschikking stellen van incentives voor organisatoren van evenementen die structurele maatregelen nemen om de doelstellingen te realiseren

(2) HULPVERLENING

Algemene situering van 'hulpverlening' bij problematisch middelengebruik en de vereisten voor het hulpverleningsaanbod

Bij personen met problematisch middelengebruik zijn meestal hulpverlenings-interventies wenselijk die mensen vanuit een welzijns- en gezondheidsperspectief begeleiden om hun middelengebruik opnieuw onder controle te brengen of volledig te bannen. Deze hulpverleningsinterventies zijn gericht op het herstel van het persoonlijk functioneren op zowel fysiek, psychisch als psychosociaal vlak en dienen rekening te houden met de specifieke kenmerken van de problematiek.

- Problematisch middelengebruik kent doorgaans een evolutief verloop, waarbij *vroegtijdig ingrijpen* op gewoontevorming reële perspectieven voor gedragsverandering biedt.
- Problematisch middelengebruik is een complexe en meervoudige problematiek en vereist een *geïntegreerde aanpak*, die rekening houdt met de totaliteit van de problematiek.
- Problematisch middelengebruik is dikwijls een chronische en langdurige problematiek. *Continuïteit* in het hulpverleningsaanbod wordt daardoor een belangrijke vereiste.
- Hulpverlening bij middelenmisbruik gaat tevens uit van de actuele behoeften en mogelijkheden van de cliënt. Behandelingsdoelen kunnen in die zin variëren van harm-reduction (schadebeperkende maatregelen) tot totale abstinentie. Een *zorg op maat*, een *gedifferentieerd hulpverleningsaanbod* en een *flexibele* aanpak zijn dan ook elementen van een kwalitatief hulpverleningsaanbod.

Hulpverlenen bij problematisch middelengebruik is dus ruimer dan het instellen van een 'behandeling' in de strikte zin van het woord. Een coherent alcohol- en drugbeleid dat vanuit een welzijns- en gezondheidsperspectief vertrekt dient niet alleen vanuit een preventief maar ook vanuit een curatief oogpunt te handelen. Naast behandeling vormen vroeginterventie en harm-reduction-initiatieven een integraal onderdeel van een globaal beleid.

Wat is hiervoor nodig?

10. Vroeginterventie

11. Hulpverlening

12. Harm Reduction

10. Vroeginterventie

Uitgangspunt

Vroeginterventie vormt een specifiek actieterrein dat tussen preventie en hulpverlening in ligt.
Met vroeginterventie bedoelen we alle initiatieven die vroegtijdig interveniëren op een moment dat er nog geen sprake is van ernstig middelengebruik of die ervoor zorgen dat problemen ten gevolge van gebruik, zo beperkt mogelijk worden gehouden.
Deze methodiek resulteert in een gunstige kosten-baten-analyse doordat gezondheidsproblemen ten gevolge van problematisch gebruik worden gereduceerd en de beschikbare middelen voor hulpverlening efficiënter worden aangewend. Door beginnende gebruikers vroegtijdig te identificeren en gepast te helpen, verminderen de bijkomende sociale en economische kosten voor de maatschappij maar blijft er ook meer tijd en energie over het helpen van mensen met ernstige problemen.
Vroeginterventie is niet alleen een zaak van de gespecialiseerde A&D-hulpverlening. Het is een innovatieve methode die vooral een belangrijke plaats krijgt in de eerstelijns gezondheid- en welzijnszorg. Maar ook de zelfhulpgroepen en mantelzorg kunnen hierin een belangrijke taak opnemen. De belangrijkste actor bij vroegtijdig ingrijpen is immers niet de gebruiker zelf maar zijn/haar omgeving die signalen opmerkt, zich zorgen maakt en iets aan de situatie wil doen.
Vroeginterventie-initiatieven dienen net als andere vormen van hulpverlening bij voorkeur dicht bij de cliënt te worden aangeboden en als dusdanig goed regionaal gespreid.

Wat is hiervoor nodig?

❒ Realiseren van twee noodzakelijke vormen van vroeginterventie:
  - → Impliciete vroeginterventie: personen die vanuit hun positie of beroep dagelijks in contact komen met de doelgroep, bvb CLB-medewerkers, huisartsen, jeugdwerkers, opvoeders, ouders, mantelzorgers,... motiveren de gebruiker om na te denken over zijn/haar gebruik, met de bedoeling hierdoor een veranderingsproces in gang te zetten.
  - → Specifieke vroeginterventie: het aanbieden van welomschreven programma's aan specifieke risicogroepen (zoals bijvoorbeeld: schoolafhakers, leerlingen deeltijds onderwijs, thuislozen, jongeren in de Bijzondere Jeugdbijstand, KOAP/KOPP-kinderen, seksueel misbruikte kinderen en slachtoffers van geweld, zwangere tieners, prostituees, ...) en ouders (via oudergroepen of individueel ouderconsult) en preventieve screening in de vorm van 'begeleidingsadvies' [14]

❒ Inbedden van het vroeginterventie-aanbod in het globaal hulpverleningsaanbod per regio: vroegtijdige zorg dient op een efficiënte manier te worden georganiseerd en samen met de gespecialiseerde ambulante en residentiële alcohol- en drughulpverlening (gedifferentieerd, met verschillende finaliteiten) te worden uitgewerkt; belangrijk hierbij is dat:
  - → Alle vormen van vroeginterventie meer zichtbaar gemaakt worden (bekendheid en laagdrempeligheid van het aanbod)
  - → Alle partners in het zorgcircuit middelenmisbruik (inclusief de welzijnssector) erkend en (financieel) gewaardeerd worden
  - → Er wordt aangesloten bij de bestaande structuren op het vlak van coördinatie en ondersteuning
  - → De ondersteuning op organisatorisch vlak bereikbaar is

❒ Evaluatie van vroeginterventiemethodieken als preventieve benadering binnen het hulpverleningsgebeuren.

[14] Continuering van de oorspronkelijke methodiek 'Therapeutisch advies', ter differentiëring van de nieuwe werkvorm voortaan 'Begeleidingsadvies' genoemd. Het preventieve aspect en het dusdanige idee van het aanbieden van 'vroeghulp' aan beginnende gebruikers heeft in de nieuwe wetgeving immers aan waarde verloren.

- ❒ Permanente aandacht voor vorming en opleiding van de betrokken actoren op de volgende niveaus:
  - → Ondersteuning van zelfhulpgroepen (vb. zelfhulpgroepen voor ouders van druggebruikende kinderen) en mantelzorg vanuit ambulante categoriale hulpverlening (informeren, coachen, afstemmen,...)
  - → Ondersteuning van specifieke vroeginterventie-initiatieven op de eerstelijn (BZJZ, algemeen welzijnswerk, OCMW's, CLB's,...) vanuit de categoriale hulpverlening;
  - → Integratie van een lesvak vroeginterventie in de basisopleidingen (huisartsen, maatschappelijk werkers, opvoeders, leerkrachten,...) om toekomstige werkkrachten reeds vertrouwd te maken met impliciete vroeginterventiestrategieën.

Wat moet de minister van Gezondheid doen?

- ❒ Financiering van de uitbreiding van de ambulante categoriale en niet categoriale hulpverlening vanwege de stijgende vraag naar vroeginterventie-initiatieven (vnl gericht naar ouders en druggebruikende jongeren)

- ❒ Ondersteuning van vroeginterventie in het lokaal drugoverleg: afstemming, zichtbaar maken (bekendmaken) van het aanbod (zie categoriale preventiestructuur en lokaal alcohol- en drugoverleg);

- ❒ Stimuleren en financieel ondersteunen van de vormings- en consultfunctie van de categoriale ambulante hulpverlening naar intermediairen om de impliciete vroeginterventie te bevorderen.

- ❒ Stimuleren en financieren van conceptontwikkeling, pilootprojecten met evaluatiecomponent en een vormingsaanbod voor specifieke vroeginterventieprogramma's

- ❒ Structurele financiering voor het realiseren en ondersteunen van vroeginterventieprogramma's. Aan de bestaande registratie moeten activiteiten in het kader van vroeginterventie toegevoegd worden.

11. Hulpverlening

Uitgangspunten

Onder hulpverlening verstaan we alle vormen van begeleiding (medisch, psychologisch, psychiatrisch, psycho-sociaal) die de problematische gebruiker weerbaarder maken om totale abstinentie of gecontroleerd gebruik te realiseren en vol te houden. Hoewel problematisch middelengebruik een aantal gemeenschappelijke kenmerken vertoont, kent deze problematiek toch een enorme verscheidenheid aan uitingsvormen, waardoor de hulpvragen waarmee hulpverleningsinstanties geconfronteerd worden zeer divers zijn. Omwille van deze variatie kan de begeleiding bestaan uit crisisopvang, sporadische of frequente contacten op ambulante basis of een (middel)lange residentiële behandeling en deze kan ondersteunend of (psycho)therapeutisch van aard zijn.

Mensen met problematisch middelengebruik hebben recht op een kwalitatief goed uitgewerkt en georganiseerd behandelingsaanbod. En dit zowel binnen de niet alcohol- en druggespecialiseerde als binnen de categoriale voorzieningen. De categoriale drughulpverlening krijgt nog te veel mensen doorverwezen die evengoed in de algemene voorzieningen kunnen opgevangen worden.

Hulpverlening moet bij voorkeur dicht bij de cliënt worden aangeboden.
Hulpbehoevenden moeten hierbij beroep kunnen doen op een hulpverleningsaanbod waarin *zorg op maat en zorgcontinuïteit* worden gegarandeerd. Een goede *regionale spreiding* van alle vormen van hulpverlening met erkenning van alle partners in de zorgcircuits middelenmisbruik, zijn hiervoor noodzakelijke voorwaarden.

De behandeling van *minderjarige probleemgebruikers* vraagt hierbij specifieke aandacht met een aangepast programma en/of behandelingsklimaat afgestemd op de specifieke noden van deze leeftijdsgroep. Tot op heden valt deze groep helaas nog te veel uit de boot door o.a. een te beperkte aansluiting van de drughulpverlening bij het brede veld van de jeugdhulpverlening. Participatie van de drughulpverlening aan de integrale jeugdzorg is al een eerste stap in de goede richting.

Tevens moet er meer aandacht geschonken worden aan *maatschappelijke integratie* van mensen met problematisch middelengebruik. We merken echter dat afhankelijkheid nog te vaak als een uitsluitingscriterium wordt gebruikt voor de toegankelijkheid van diensten op het vlak van wonen, tewerkstelling, enz. Maatschappelijke voorzieningen die zich wel voor deze doelgroep willen engageren hebben niet altijd voldoende omkadering en missen de nodige opleiding.

Permanente aandacht voor deskundigheidsbevordering, zowel in de basisopleidingen als de beroepsvervolmaking en nascholingen van (toekomstige) artsen en hulpverleners, is een must om een kwaliteitsvolle hulpverlening bij alcohol- en drugproblemen te garanderen.
Ook onderzoek moet blijvend gestimuleerd worden met bijzondere aandacht voor uniforme registratie van hulpverleningsgegevens. VRM was een goede start en dient dringend heropgestart te worden.

Wat is hiervoor nodig?

- ❒ Zowel het aanbod als de draagkracht van de gespecialiseerde ambulante hulpverlening voor alcohol- en andere drugproblemen uitbreiden omwille van:
  - → Het groter aantal justitiële doorverwijzingen
  - → De stijgende vraag naar participatie aan netwerken en zorgcircuits
  - → De vraag naar een toegankelijk aanbod aan zorg in zowel landelijke als stedelijke regio's

- ❒ Voor een vlottere toegang, doorstroming en nazorg van cliënten vanuit de gespecialiseerde naar de meer algemene hulpverlening dient een alternatief en flexibel financieringssysteem te worden voorzien voor o.a de participatie van huisartsen aan samenwerkingsverbanden en zorgcircuits;

- Ondersteunen van zelfhulpgroepen (vb zelfhulpgroepen voor ouders van druggebruikende kinderen) en mantelzorg vanuit de categoriale drughulpverlening (informeren, coachen, afstemmen,...);

- Ondersteuning en vorming aan algemene gezondheids- en welzijnsvoorzieningen (huisartsen, jeugdzorg, OCMW, algemeen welzijnswerk, tewerkstellingsinitiatieven,...) zodat hun draagkracht vergroot wordt om met deze doelgroep te werken. Een oplossing zou kunnen zijn om de consultancy-functie van de categoriale hulpverlening op te voeren en beter te omkaderen.

- Aanpassen en uitbreiden van de behandelingsmogelijkheden voor jongeren, zowel ambulant als residentieel vooral in functie van time-out en nazorg. Deze organisatie dient te gebeuren in overleg tussen de betrokken sectoren.

- Meer aandacht schenken aan maatschappelijke integratie, vooral op de terreinen tewerkstelling en wonen.

- Vorming betreffende middelengerelateerde problematieken structureel inbouwen binnen de basisopleidingen, de beroepsvervolmaking en de nascholingen van (huis)artsen, verpleegkundigen, psychologen, maatschappelijk werkers, opvoeders, straathoekwerkers,....

- Vroeginterventie en harm-reduction dienen hierbij als specifieke thema's geïntegreerd te worden;

- Dringend een regeling uitwerken inzake de registratie en gegevensverzameling met betrekking tot hulpverlening bij middelenproblematiek, met zowel inhoudelijk-technische ondersteuning als kwaliteitsbewaking en voldoende financiële ondersteuning. Alle partners moeten gemotiveerd worden om gegevens te leveren;

- Toegepast- en actieonderzoek (onderzoek naar processen, evaluatieonderzoek) op het vlak van hulpverleningsmethodieken met een duidelijke return naar het werkveld uitbreiden.

Wat moet de minister van Gezondheid doen?

- Financiering van de uitbreiding van de ambulante hulpverlening voor alcohol- en andere drugproblemen

- Extra omkadering voor niet-categoriale diensten die met deze doelgroep willen werken

- Uitbreiden en financieren van ambulante en residentiële opvangmogelijkheden binnen de sector Bijzondere Jeugdzorg voor de doelgroep minderjarigen met problematische middelengebruik. Stimuleren van zorgcircuits middelenmisbruik om aansluiting en afstemming te vinden met de bestaande zorgcircuits vanuit de jeugdhulpverlening.

- Alternatieve financiering voor huisartsen in zorgcircuits

- Stimuleren van de initiatieven voor begeleid en beschut wonen om de toegankelijkheid naar de doelgroep problematisch middelengebruik te verhogen. Financieren van voorzieningen die beschut en begeleid wonen aanbieden, zodat deze hun capaciteit kunnen verhogen en een personeelsomkadering kunnen voorzien die aangepast is aan de doelgroep.

- Stimuleren en financieel ondersteunen van ambulante categoriale voorzieningen in hun consultopdracht naar algemene hulpverleningsvoorzieningen en huisartsen.

- Ondersteuning voor zelfhulpgroepen en mantelzorg

- Blijvende financiering van het vormingsaanbod Werkwijze® van VAD gezien de permanente nood aan deskundigheidsbevordering en extra financiering voor het creëren van randvoorwaarden om de participatie aan de vormingen te verhogen, bvb het vormingsaanbod voor huisartsen verplichtend maken.

- ❒ Dringend een regeling uitwerken inzake de registratie en gegevensverzameling met betrekking tot hulpverlening bij middelenproblematiek, met zowel inhoudelijk-technische ondersteuning als kwaliteitsbewaking en voldoende financiële ondersteuning.

- ❒ Stimuleren en financieel ondersteunen van actie- en evaluatieonderzoek m.b.t hulpverleningsmethodieken

Wat moet de minister van Onderwijs doen?

- ❒ Stimuleren van basisopleidingen (huisartsen, maatschappelijk werkers, opvoeders, leerkrachten,…) om lesvakken m.b.t. de alcohol- en drugproblematiek te integreren in het curriculum. Vroeginterventie en harm reduction moeten in deze lespakketten zeker een plaats krijgen.

Wat moet de minister van Werkgelegenheid doen?

- ❒ Extra omkadering bieden voor sociale tewerkstellingsinitiatieven en arbeidszorg zodat deze diensten beter in staat zijn om met deze doelgroep te werken. Stimuleren van vorming en opleiding voor instructeurs en trajectbegeleiders zodat ze beter in staat zijn deze doelgroep te begeleiden.

Wat moet de minister van Welzijn doen?

- ❒ Extra projecten voor woonbegeleiding voorzien zodat gebruikers en ex-gebruikers ondersteund worden in hun maatschappelijke reïntegratie.

12. Harm reduction

Uitgangspunten

Met harm reduction bedoelen we alle initiatieven die de negatieve gevolgen (schade) van het gebruik van psychoactieve middelen willen verminderen voor de gebruikers, hun omgeving en de samenleving. Het essentiële kenmerk van harm reduction is het nastreven van een daling van de druggerelateerde schade, waarbij het succes van de aanpak niet noodzakelijk afhankelijk is van de daling van het gebruik.

→ Vermits harm reduction zich richt naar groepen in de maatschappij die het meest risico lopen op druggerelateerde schade vinden we harm reduction initiatieven op het continuüm – van algemeen welbevinden over preventie naar hulpverlening (van links naar rechts) – terug op het rechterdeel. Dit betekent dat harm reduction initiatieven noch preventie- noch hulpverleningsinitiatieven vervangen, maar een aanvulling zijn op het bestaande aanbod en zich op een complementaire manier integreren op dit continuüm.

→ Een groep van harm-reductionprogramma's (o.a. spuitenruil) slaagt erin de meest gemarginaliseerde alcohol- en druggebruikers, die niet in contact komen met de reguliere drughulpverlening, te bereiken.

Harm reduction moet zowel vanuit het beleid als de sector de nodige erkenning krijgen als pragmatische doelstelling bij de aanpak van problematisch alcohol- en druggebruik.
Er is een breed kader nodig van waaruit de harm reduction strategieën kunnen doordringen en integreren in de hulpverlening. In alle geledingen van de sector moet nagegaan worden wat meer en beter zou kunnen gedaan worden op vlak van harm reduction.

Wat is hiervoor nodig?

Harm reduction moet in Vlaanderen nog een eigen identiteit ontwikkelen. Doelgroepen zullen per regio moeten uitgeklaard worden en met daaraan gekoppeld concrete doelstellingen zodat harm reduction maatwerk wordt en geen Vlaamse éénheidsworst. Binnen deze geïntegreerde aanpak moet toch nog ruimte overblijven voor innoverende projecten waar nieuwere werkvormen kunnen uitgetest en geëvalueerd worden.
Om harm reductionstrategieën te integreren in een globaal hulpverleningsaanbod zullen bestaande regionale middelen en voorzieningen (ook niet categoriale) hiervoor dienen gesensibiliseerd en gemobiliseerd te worden. Vorming en ondersteuning op maat van zowel categoriale en niet-categoriale diensten zijn hiervoor noodzakelijk.

Wat moet de minister van Gezondheid doen?

❒ Financieren van onderzoek om de doelwitgroepen en hun specifieke problematiek in kaart te brengen

❒ Investeren in concept- en methodiekontwikkeling om deze groepen te bereiken en een gepast hulpverleningsaanbod te bieden

❒ Continuering en verruiming van bestaande projecten spuitenruil en gezondheidsbevordering bij gemarginaliseerde druggebruikers. Doelgroep mag niet beperkt blijven tot enkel injecterende druggebruikers en doelstellingen mogen niet beperkt blijven tot veilig spuiten en preventie van infecties

❒ Stimuleren en ondersteunen van peer-support netwerken, die informatie en /of counseling geven aan druggebruikers en hun omgeving

❒ Stimuleren en financieel ondersteunen van een module outreach binnen een zorgcircuit middelenmisbruik, die een brugfunctie kan zijn naar opvang en zorg. Vorming en ondersteuning naar straathoekwerkers die als outreach werkers tewerkgesteld zijn

- Sensibilisering en vorming van straathoekwerkers, hulpverleners en intermediairen zodat de waarde van HR door iedereen wordt onderkend en kan doordringen in de verschillende werkterreinen. Vorming en training van eerstehulpdiensten in omgaan met overdosissen
- Straathoekwerkers die in harm reduction projecten zijn tewerkgesteld moeten een duidelijk statuut krijgen met contracten van onbepaalde duur
- Actieve screening en maatregelen tegen HIV, Hep B en C. ,TBC en SOA's. Mensen die in behandeling zijn en hepatitis C hebben moeten ondersteund worden voor interferonbehandeling, gezien de bewezen effectiviteit van deze interventie
- Om een antwoord te kunnen bieden aan deze concrete zorgvragen is een flexibel gebruik van budgetten nodig, waarbij kan worden ingespeeld op lokale noden en trends

MEMORANDUM
OVER EEN GLOBAAL VLAAMS ALCOHOL- EN DRUGBELEID[15]

Alcohol- en andere drugproblemen vormen een belangrijke maatschappelijke problematiek, omwille van:

- Het aantal problematisch alcoholgebruikers wordt in België geschat op 500.000 (Cattaert & Pacolet, 2003) en de netto maatschappelijke kost van alcohol werd recent berekend op bijna 4.5 miljard Euro, wat neerkomt op 1,8% van het BNP (Degreef, Pacolet et al., 2003);
- De bezorgdheid over het druggebruik bij jongeren blijft hoog scoren bij de Vlaamse bevolking (Vrind, 2003); het laatstejaarsgebruik van cannabis bij 18-jarigen bedraagt 31 % (Kinable, 2003); we beschikken niet meer over recente Vlaamse gegevens van het aantal cliënten in de drughulpverlening
- België is de koploper wat betreft het gebruik van benzodiazepines in de wereld (De Meyere, 2003);
- Jaarlijks wordt in België een budget van 612.3 miljoen Euro (IMO, 1997) gespendeerd aan allerlei gokspelen. Zelfhulpgroepen en hulpverlening signaleren dat de gokproblematiek fel wordt onderschat.

Daarom vragen wij aandacht voor de alcohol- en andere drugproblematiek in het Vlaams regeerakkoord.

Met alle betrokkenen bij de alcohol- en andere drugproblematiek werkten we een memorandum uit voor een globaal Vlaams alcohol- en drugbeleid. Voor elk departement (gezondheid, welzijn, onderwijs, sport, jeugd, tewerkstelling, vrijetijd, gemeentelijk beleid, …) formuleren we concrete beleidsaanbevelingen op basis van de ervaringen en de noden van de alcohol- en drugsector.

Dit memorandum bestaat uit twee grote delen: (1) **preventie** | (2) **vroeginterventie en hulpverlening**

Om een effectief Vlaams alcohol- en drugbeleid te voeren is samenwerking en afstemming met andere beleidsniveaus noodzakelijk.

Wat is hiervoor nodig?

1. België heeft nood aan een globaal alcohol- en drugbeleid en hiervoor zijn de operationalisering van de Algemene Cel Drugs en de continuering van de Cel Gezondheidsbeleid Drugs noodzakelijk; de Vlaamse regering moet hierop aandringen en dringend een aantal knelpunten, die de Vlaamse bevoegdheid overstijgen, op het agenda van de Cellen plaatsen; niet alleen de overheid maar ook het werkveld moet in deze Cellen vertegenwoordigd zijn;

2. Vlaanderen moet zich duidelijker op het Europese en internationale niveau profileren, hiervoor moeten bindende afspraken met de federale overheid gemaakt worden;

3. De beschikbare middelen (o.a. in het kader van criminaliteitspreventie, gerechtelijke alternatieve maatregelen, …) moeten op een coherente wijze worden ingezet en de gezondheidsinvalshoek moet hierbij gegarandeerd worden. Er is tevens nood aan een flexibele financiering die via pilootprojecten inspeelt op nieuwe noden en trends en die na positieve evaluatie in een structurele financiering wordt vertaald.

[15] Met alcohol- en andere drugs bedoelen we alcohol, psychoactieve geneesmiddelen, illegale drugs en gokken.

(1) PREVENTIE

Vanuit een gezondheids- en welzijnsperspectief moeten individu én samenleving deskundiger gemaakt worden in het omgaan met alcohol en andere drugs en het gebruik ervan. Afhankelijk van het product, de omstandigheden, de leeftijd en andere kenmerken van de gebruiker moeten de doelstellingen van preventie als volgt gedifferentieerd worden:

- aanmoedigen van niet-gebruik: alcohol- en ander druggebruik mag nooit de norm zijn; er zijn diverse situaties en omstandigheden waarin niet-gebruik de enige veilige en gezonde keuze is (verkeer, werk, zwangerschap, …); ook leeftijd en andere aanwezige risicofactoren (vb. gezondheidsaspecten) zijn hier bepalend;
- uitstellen van experimenteergedrag: hoe jonger men met verschillende vormen van alcohol- en druggebruik gaat experimenteren, hoe groter de kans op later probleemgebruik; preventie-initiatieven naar jongeren moeten ook gericht zijn op het uitstellen van de beginleeftijd;
- verantwoord omgaan met gebruik: ondersteunen van bewust en verantwoord gedrag op basis van correcte informatie en persoonlijke en sociale vaardigheden (weerbaarheid);
- vroegtijdig ingrijpen: hoe sneller problemen worden gedetecteerd, hoe groter de kans op herstel;
- schade beperken: dit kan variëren van het beperken van de risico's tot structurele interventies en maatregelen op het niveau van persoonlijk en maatschappelijk functioneren.

Omgaan met alcohol- en ander druggebruik houdt ook in dat de thematiek bespreekbaar is en dat mensen genuanceerd leren denken over alcohol- en ander druggebruik en op een deskundige manier met dit gebruik in hun omgeving en in de samenleving kunnen omgaan.

Wat is hiervoor nodig?

Tot op vandaag zijn reeds heel wat initiatieven en concepten ontwikkeld. De verdere implementatie en de continuïteit in de bestaande werking, vormen een eerste prioriteit.

4. Een Vlaams preventiebeleid met voldoende financiële middelen op lange termijn;

   → ***De Vlaamse regering*** moet een Vlaamse alcohol- en drugnota uitwerken en voor de uitvoering van deze nota voldoende financiële middelen in de begroting inschrijven.

5. Een alcohol- en drugspecifieke coördinatiestructuur op Vlaams, provinciaal, regionaal en lokaal niveau, ter ondersteuning van maatschappelijke sectoren en sleutelfiguren en met aansluiting bij de gezondheidspromotie- en welzijnssector;

   → ***De Vlaamse regering*** moet een alcohol- en drugspecifieke preventiestructuur voorzien met de nodige mandaten en financiële middelen; dit betekent o.a. het verderzetten van de financiële ondersteuning van de VAD-werking en het versterken van de preventiewerking in de CGG. Ze moet tevens samenwerkingsprotocols afsluiten met provincies en steden en gemeenten om een afgestemd en geïntegreerd Vlaams preventiebeleid te realiseren .

6. Een lokaal alcohol- en drugbeleid (ondersteund door de lokale overheid) waarin verschillende initiatieven op elkaar worden afgestemd en waarin men met een coherente aanpak naar de lokale bevolking toe werkt;

   → ***De Vlaamse regering***, en in concreto ***de minister van Binnenlandse Aangelegenheden*** moet steden en gemeenten en provincies aanzetten om op lokaal en provinciaal vlak een alcohol- en drugbeleid uit te werken en dit actief te ondersteunen.

7. Een inclusief alcohol- en drugbeleid beleid in alle maatschappelijke sectoren (onderwijs, arbeidssector, vrijetijdssector, welzijnssector);

   → ***Elke bevoegde minister*** moet een duidelijk signaal geven aan zijn of haar sector om een alcohol- en drugbeleid te implementeren. Tevens wordt van elke minister verwacht dat hij of zij ruimte zal vrijmaken voor innoverende projecten en inspanningen zal doen om het thema alcohol en drugs in het vormingsaanbod van de betrokken sectoren (structureel) te voorzien.
   → ***De minister van Onderwijs*** moet daarnaast ondersteuning van het alcohol- en drugbeleid als een expliciete taak van het CLB vastleggen en extra uren vrijmaken voor zorgcoördinatoren, leerlingenbegeleiding, … Scholen met een concentratie aan kwetsbare jongeren moeten extra ondersteuning krijgen.
   o ***De minister van Tewerkstelling en Arbeid*** moet onderhandelingen met de tewerkstellingssector opstarten om te bekijken of regelgeving m.b.t. alcohol en andere drugs zinvol en haalbaar is en onderzoek financieren naar de prevalentie van problematisch A&D-gebruik in de beroepsbevolking.
   o ***De minister van Jeugd*** moet de alcohol- en drugthematiek structureel verankeren in de jeugdwerkbeleidsplannen en het geïntegreerd fuivenbeleid in Vlaanderen verderzetten. Participatie van jongeren is een belangrijke pijler in het beleid.
   o ***De minister van Sport*** moet een doorgezet dopingbeleid voeren en onderzoek naar dopinggebruik financieren. Tevens moet hij of zij via subsidies sportclubs stimuleren om een verantwoord barbeleid uit te werken.
   o Voor het uitgaansleven moet ***de minister van Binnenlandse Aangelegenheden*** een Vlaamse regelgeving uitwerken om de risico-analyse bij de organisatie van evenementen op een uniforme wijze te laten verlopen en hieraan multidisciplinair overleg te koppelen. Ook moeten steden en gemeenten beroep kunnen doen op extra middelen om harm reduction-initiatieven te implementeren. ***De minister van Toerisme*** moet een beleid rond partytoerisme uitwerken, ***de minister van Middenstand*** moet voorwaarden creëren voor specifieke A&D-vorming in de horeca en ***de minister van Gezondheid*** moet in samenwerking met provinciale en lokale overheden veilige en gezonde uitgaanslocaties stimuleren. Daarenboven moet hij of zij investeren in methodieken (vb. peer support) om risicogroepen te bereiken en moet toegang worden verkregen tot de centrale databank om de Early Warning naar het uitgaansleven te optimaliseren.
   o ***De minister van Welzijn*** moet extra stimulansen geven aan de welzijnssector om het thema alcohol en drugs in de residentiële voorzieningen en het buurtwerk op te nemen.

8. Een beleid op maat van de verschillende doelgroepen, met specifieke aandacht voor bijzonder kwetsbare groepen in de samenleving en groepen die niet via een specifieke sector zijn te vatten (vb. ouders).
   In de alcohol- en drugnota van de Vlaamse regering moeten een aantal prioritaire doelgroepen worden vastgelegd, waarvoor de nodige financiële middelen moeten worden gereserveerd. We denken hierbij aan : ouders; ouderen; maatschappelijk kwetsbare jongeren; kinderen van ouders met alcohol- en drugproblemen; nieuwkomers en illegalen; gedetineerden; … Voor deze specifieke doelgroepen is samenwerking met de welzijnssector en de ambulante categoriale drughulpverlening (ambulante centra, dagcentra en MSOCs) noodzakelijk.

   → ***De minister van Gezondheid*** moet aandringen bij collega-ministers om in alle maatschappelijke sectoren extra mogelijkheden te creëren en middelen te voorzien om preventief met maatschappelijk kwetsbare groepen te werken; er moet financiering worden voorzien om concepten en innoverende projecten te ontwikkelen om deze doelgroepen te bereiken en voorzieningen met terreinwerking moeten financieel ondersteund worden om met deze doelgroepen te werken.

9. Harm reduction;

   → ***De Vlaamse regering*** moet harm reduction als pragmatsiche doelstelling bij de aanpak van alcohol- en andere drugproblemen erkennen; gezien harm reduction een relatief nieuw terrein is zijn er voortrekkers voor harm reduction nodig binnen de categoriale preventiestructuur; daarnaast moeten specifieke middelen worden voorzien voor o.a. peersupportnetwerken, en structurele maatregelen om harm reduction-doelstellingen te realiseren.

(2) VROEGINTERVENTIE EN HULPVERLENING

Een coherent alcohol- en drugbeleid dient naast een preventieve aanpak, een beleid te ontwikkelen ten aanzien van vroeginterventie, behandeling en harm reduction.
Hulpverlening bij problematisch alcohol- en druggebruik vereist een geïntegreerde aanpak in een gedifferentieerd hulpverleningsaanbod, waarbij vroegtijdige interventie, continuïteit, zorg op maat en een flexibele aanpak essentiële kenmerken zijn van een effectieve aanpak.

Wat is hiervoor nodig?

10. Vroeginterventie
    Vroeginterventie is een specifiek actieterrein tussen preventie en hulpverlening in en is gericht op het vroegtijdig tussenkomen om problemen als gevolg van alcohol- en druggebruik zo beperkt mogelijk te houden. Er is nood aan zowel impliciete als specifieke vroeginterventie die in een globaal en regionaal hulpverleningsaanbod moeten worden ingebed.

    → ***De minister van Gezondheid*** moet uitbreiding voorzien van zowel de ambulante categoriale (gespecialiseerde A&D) als van de niet-categoriale hulpverlening, die een aanbod naar alcohol- en druggebruikende jongeren en ouders (opvoedingshulp) aanbieden. Vroeginterventie moet ondersteund worden vanuit een lokaal alcohol- en drugoverleg en kunnen rekenen op vorming en consult vanuit de ambulante categoriale hulpverlening. Op het terrein van vroeginterventie is er nood aan conceptontwikkeling en pilootprojecten, met ingebouwde evaluatie en opvolging.

11. Hulpverlening
    Door de stijgende vraag naar hulpverlening in zowel stedelijke als landelijke regio's en omwille van het groter aantal justitiële doorverwijzingen en de vraag naar participatie in netwerken, is uitbreiding van de hulpverleningscapaciteit nodig.

    → ***De minister van Gezondheid*** moet zorgen voor de financiering van de uitbreiding van de ambulante categoriale hulpverlening. Ook niet-categoriale diensten, die met deze doelgroep willen werken, moeten extra omkadering krijgen en huisartsen moeten een beroep kunnen doen op alternatieve financiering voor hun participatie aan zorgcircuits. Voor minderjarigen moeten bijkomende ambulante en residentiële opvangmogelijkheden worden gecreëerd. Er is tevens ondersteuning nodig van zelfhulpgroepen en mantelzorg.
    → Om de kwaliteit van het hulpverleningsaanbod te garanderen moet het VAD-vormingsaanbod Werkwijze® gecontinueerd worden en moet ***de minister van Onderwijs*** hogescholen stimuleren om het thema alcohol en drugs in het curriculum van basisopleidingen op te nemen.
    → ***De minister van Werkgelegenheid*** moet in het kader van reïntegratie van mensen met een alcohol- en drugprobleem extra omkadering bieden aan sociale tewerkstellingsinitiatieven en arbeidszorg, en ook in deze sector is vorming en opleiding nodig.
    → ***De minister van Welzijn*** moet projecten van woonbegeleiding voor deze doelgroep voorzien.
    → Ten slotte moet ***de minister van Gezondheid*** dringend een oplossing uitwerken voor de registratie en gegevensverzameling in de drughulpverlening en moet actie- en evaluatieonderzoek worden verricht om de kwaliteit van de hulpverlening te ondersteunen.

12. Harm reduction
    Zowel binnen preventie als binnen hulpverlening biedt harm reduction een essentiële aanvulling op de meer traditionele aanpak.

    → ***De minister van Gezondheid*** moet de projecten spuitenruil continueren en verruimen naar gezondheidsbevordering en harm reduction bij gemarginaliseerde druggebruikers (o.a. ook actieve screening en maatregelen tegen HIV, Hep. B&C, TBC, SOA's). Peer support netwerken moeten ondersteuning krijgen om de informatieoverdracht naar deze moeilijk bereikbare doelgroep mogelijk

te maken. Daarenboven zijn innoverende projecten nodig om een gepast zorg- en hulpverleningsaanbod aan deze doelgroep te bieden. Outreach kan hierbij een belangrijke brugfunctie opnemen en straathoekwerkers moeten hiervoor vorming en ondersteuning krijgen. Er is sensibilisering en vorming nodig van alle hulpverleners en intermediairen om de waarde van harm reduction te onderkennen en in de eigen praktijk te integreren.

→ ***De Vlaamse regering*** moet er daarenboven in haar globale beleid op toezien dat (ex-) alcohol- en druggebruikers niet gediscrimineerd worden (o.a. op het vlak van wonen en werken) omwille van hun (ex)gebruik.

***

Alle bovenstaande actiepunten werden gedetailleerd in een dossier uitgewerkt. Dit dossier wordt bij dit memorandum toegevoegd. Na de vorming van de Vlaamse regering zullen we alle bevoegde ministers met onze vragen contacteren.

Van de nieuwe Vlaamse regering vragen we nu het engagement om het opstellen van een Vlaamse alcohol- en drugnota als prioritair punt in het regeerakkoord op te nemen en hiervoor de nodige middelen te voorzien.

Als sector zijn we zeker bereid om onze kennis en inzichten in de problematiek aan te bieden voor de verdere concretisering van het Vlaamse alcohol- en drugbeleid.

Dit memorandum wordt onderschreven door:

De Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD vzw)

VAD overkoepelt 55 organisaties die in Vlaanderen actief zijn op het terrein van de alcohol- en andere drugproblematiek. Het gaat om Centra Beschut Wonen, Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg, Medisch-Sociale Opvangcentra, Ontwenningsafdelingen van psychiatrische ziekenhuizen, ontwenningsklinieken, overlegstructuren, organisaties die actief zijn op het vlak van preventie, van allochtonenwerking, psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen, therapeutische gemeenschappen, crisisinterventiecentra, ambulante centra en dagcentra, thuislozenwerkingen.

VAD-leden in alfabetische volgorde:

APZ Sint-Lucia	Ankerstraat 91	9100 Sint-Niklaas
AZ Sint-Jan Brugge - POC	Ruddershove 10	8000 Brugge
Antwerps Drug Interventie Centrum (ADIC)	Generaal Belliardstraat 16	2000 Antwerpen
CAD/MSOC Limburg (de CAD-Limburg)	Luikersteenweg 134	3500 Hasselt
CAW - Sonar Thuislozenwerking	Kempische kaai 11	3500 Hasselt
CGG De Drie Stromen	Sas 13-14	9200 Dendermonde
CGG Eclips (CAT)	Elyseese Velden 74	9000 Gent
CGG LARGO Ieper-Roeselare-Veurne	J. Lagaelaan 21	8800 Roeselare
CGG Noord West-Vlaanderen	Langestraat 113	8000 Brugge
CGG Noorderkempen	Antwerpseweg 1	2440 Geel
CGG Prisma	Astridlaan 35	8370 Blankenberge
CGG Vlaams-Brabant Oost	Vital Decosterstraat 86	3000 Leuven
CGG Waas en Dender	Grote Markt 37	9100 Sint-Niklaas
CGGZ Brussel	Ninoofsesteenweg 120	1080 Brussel
De Eenmaking - El Wahda - Birlesim	Reinaertstraat 125	9000 Gent
De Kiem	Moortselestraat 61-76-78	9860 Oosterzele
De Schuilplaats	Anne Ruttenstraat 42 bus 1	3500 Hasselt

De Sleutel	J Guislainstraat 43	9000 Gent
De Spiegel	Groot Park 9	3360 Bierbeek Lovenjoel
Free Clinic - MSOC	Van Arteveldestraat 64	2060 Antwerpen
Het Veerhuis - Siddartha - MSOC - MAT	Sint-Annastraat 1	3000 Leuven
In Petto	Diksmuidelaan 50	2600 Berchem
Katarsis	Pastoor Raeymaekersstraat 8	3600 Genk
Kliniek H Familie, psychiatrische kliniek	Groeningepoort 4	8500 Kortrijk
Kliniek Sint-Jozef	Boterstraat 6	8740 Pittem
Kompas vzw	Minister van de Peereboomlaan 86	8500 Kortrijk
Leefsleutels	Leopoldstraat 95	2800 Mechelen
Limburgs Platformoverleg Verslaving (LPV)	Universiteitslaan 1	3500 Hasselt
MSOC Gent	Gewad 13	9000 Gent
MSOC Oostende	Perronstraat 1	8400 Oostende
Ontwenningskliniek De Pelgrim vzw	Spiegel 15	9860 Oosterzele
POK	p/a de Smet de Naeyerlaan 470	1090 Brussel
PISAD	Tussenmuren 17	9700 Oudenaarde
PC Bethaniëhuis - Afdeling Rozenbottel	Andreas Vesaliuslaan 39	2980 Zoersel
PC Broeders Alexianen	Provinciesteenweg 408	2530 Boechout
PC Dr. Guislain - Afdeling opname 3	Sint-Juliaanstraat 1	9000 Gent
PC Sint-Hiëronymus	Dalstraat 84	9100 Sint-Niklaas
PC Sint-Jan-Baptist - Vita 1	Suikerkaai 81	9060 Zelzate
PC Sint-Norbertushuis	Stationsstraat 22C	2570 Duffel
PC Sleidinge	Weststraat 135	9940 Sleidinge
PC Ziekeren	Halmaalweg 2	3800 Sint-Truiden
PZ Heilig Hart - Afdeling de Wending 1	Poperingseweg 16	8900 Ieper
PZ Onze-Lieve-Vrouw	Koning Albert I-laan 8	8200 Brugge
PZ Sancta Maria	Melverencentrum 111	3800 Sint-Truiden
PZ Sint-Camillus - Afdeling Kasteel	Beukenlaan 20	9051 Sint-Denijs-Westrem
PZ Sint-Franciscus - Ontwenningsafdeling	Penitentenlaan 7-9	9620 Zottegem
PZ Broeders Alexianen	Liefdestraat 10	3300 Tienen
RCGG Deinze-Eeklo-Gent	Holstraat 95	9000 Gent
Sobriëtas	Naamsesteenweg 575	3001 Heverlee
Stedelijk Overleg Drugs Antwerpen (SODA)	Van Immerseelstraat 11-23	2018 Antwerpen
Steunpunt Algemeen Welzijnswerk	Diksmuidelaan 50	2600 Berchem
SAW vzw	Moorkensplein 14	2140 Borgerhout
UPC Sint-Kamillus - (RKS)	Krijkelberg 1	3360 Bierbeek
VAGGA	Kardinaal Mercierlaan 15	2600 Antwerpen
Vereniging voor GGZ Regio Mechelen vzw	Hanswijkstraat 48	2800 Mechelen